



SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1247. Septiembre 2024

El cuidado de la salud mental del médico, clave de la atención al paciente

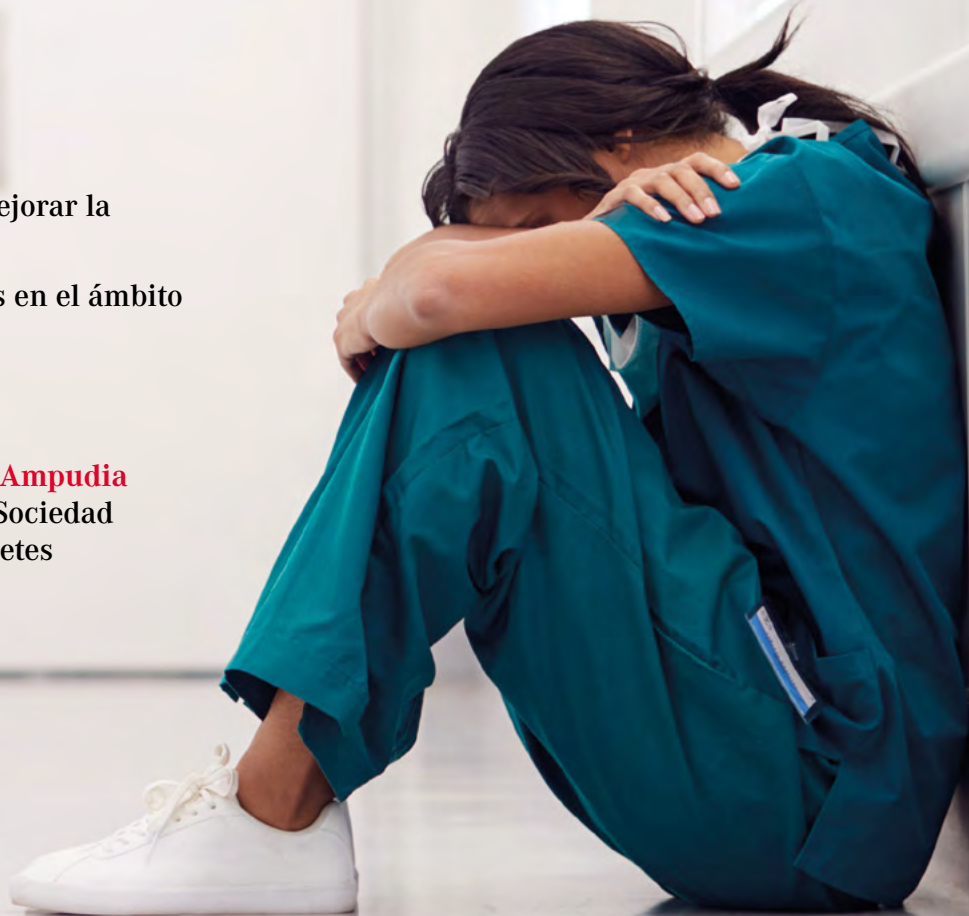
Reportajes

Mascotas para mejorar la calidad de vida

Gemelos digitales en el ámbito de la salud

Entrevistas

Francisco Javier Ampudia
Presidente de la Sociedad Española de Diabetes



FUNDACION
juegaterapia

Seguir siendo Niños

Convertimos las azoteas de los hospitales en jardines mágicos

Colabora en Juegaterapia.org

#SeguirSiendoNiños

SUMARIO

EN PORTADA



Sanos para sanar: el cuidado de la salud mental del médico como clave de la atención al paciente

En 2001, el médico y experto en comunicación médico-paciente Ronald Epstein señalaba: "el secreto del cuidado del paciente radica en cuidar al profesional para que le cuide". Sus palabras sugieren que para garantizar una atención de calidad es fundamental que los profesionales de la salud también reciban el cuidado y los apoyos necesarios. Esto implica mantener un buen estado físico, mental y emocional para poder brindar la mejor atención posible.

12

ENTREVISTAS



Javier Ampudia

Presidente de la Sociedad Española de Diabetes

20



Ricardo León

Presidente de la *World Federation for Medical Education*

62



Joaquín Estévez

Presidente de la Fundación SEDISA

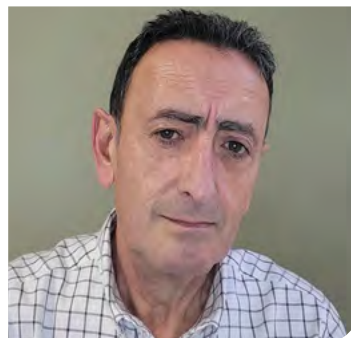
26



Miguel Lázaro

Presidente de CESM

66



Emilio Velasco

Vocal de SEDAP por Asturias

32

SUMARIO

FORO DE EXPERT@S



Izaskun Elortegi Kaiero
Violencia de género y salud: Modelos de intervención clínica según las fases del cambio

6

REPORTAJE



Mascotas para mejorar la calidad de vida del paciente

38

REPORTAJE/ INNOVACIÓN



Gemelos digitales en el ámbito de la salud

44

REPORTAJE



SEMG aborda los desafíos tecnológicos de la Medicina rural

56

ENTREVISTA/ SIN COLGAR LA BATA



José Carlos Somoza
Psiquiatra y escritor

52

OTROS TEMAS

Fue Noticia 70

Instantánea Médica 76

Sala de lectura 82

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo, Blanca Erce, Beatriz Vadillo

Diseño: La Boutique

Maquetación: Luis Alberto Martín

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Javier Granda, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Marketing: Laura Delgado

Humanidades Médicas: Ángel Rodríguez Cabezas.

Publicidad Madrid: Bravo Murillo, 101-9º. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: COMECO. **Distribuye:** Jarpa Manipulado y Marketing Postal.

Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional Sección de Ciencias de la Salud. Asociación **APP** Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 El contenido incluido en este medio está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios facultados para prescribir o dispensar medicamentos. Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2024. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

SOMOS información



El Médico
Interactivo
from Medscape

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com





La mirada

maestra de la
actualidad



Violencia de género y salud: Modelos de intervención clínica según las fases del cambio

Autora | Izaskun Elortegi Kaiero. Médica psiquiatra. Jefa de servicio de la Comarca Barrualde de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Referente de violencia de género de la RSMB. Grupo corporativo de violencia de género. Osakidetza-SVS

La violencia de género es un problema de salud pública. En palabras de la OMS, es un problema de salud mundial de proporciones epidémicas.

Y lo es por varias razones:

- Por la agregación de casos individuales y la elevada prevalencia.
- Por las consecuencias en la salud, desde lesiones, patologías crónicas y agudas hasta la muerte (feminicidio, suicidio).
- Porque los determinantes que influyen en el estado de salud de las mujeres se ven atravesados por una estructura que las agrede: condicionantes sociales, laborales, relaciones de poder... y también la asistencia clínica.

La violencia de género causa tanto muertes prematuras, como sufrimiento y enfermedad a las mujeres. De ahí el importante papel que desempeña el personal de salud en la detección precoz, atención inicial y acompañamiento.



Izaskun Elortegi Kaiero

En 2019 se publicó la “Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi”, auspiciada por Osakidetza y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Esta guía, referencia para la actuación en el ámbito sanitario, plantea un abordaje de las violencias desde un triple enfoque: prevención, detección precoz y atención inicial, y acompañamiento. Es una guía viva, en continua revisión, y que propone herramientas prácticas de aplicación en cualquier ámbito de la actividad asistencial.

Modelos teóricos que explican la violencia de género

Además de la parte más práctica, cuenta con un sostén teórico que trata de explicar el fenómeno de la violencia de género desde diversas perspectivas y modelos, todos ellos complementarios entre sí.

Los modelos que con mayor frecuencia se citan en la literatura, y que también vienen descritos en la Guía de Osakidetza, son: el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el modelo sociológico y el modelo de rueda de poder y control.

Además de estos tres modelos citados, cabe destacar dos propuestas teóricas que serán fundamentales para comprender el modelo propuesto de intervención según las fases de cambio.

El manejo de la ambivalencia y el respeto a los valores y proyectos de la mujer son esenciales y complejos

El primer concepto a considerar es el **Ciclo de la Violencia**, propuesto por Lenore Walker en 1979. Lenore Walker investigó por qué las mujeres maltratadas no pueden salir de esa situación y para ello utilizó el “modelo de la indefensión” o de la “desesperanza aprendida”.

El segundo concepto habla de la llamada **Ruta Crítica**, definida por la Organización Panamericana como “el proceso que se construye a partir de las decisiones y acciones que ejecutan las mujeres, así como también las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones cuando deciden romper el silencio”.

Se describen factores favorecedores e inhibidores, tanto internos como externos, que interactúan entre sí y sobre la subjetividad de las mujeres, que tomarán unas u otras vías en su decisión de iniciar y continuar una ruta de búsqueda de ayuda.

Modelo Transteórico de Cambio

Ambas propuestas son básicas para entender el **Modelo Transteórico de Cambio** de Prochaska y DiClemente en su aplicación en el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario.

La mujer muchas veces no es consciente del problema, o lo minimiza o normaliza

Este abordaje es el planteado en la Guía de Osakidetza para el tercer momento de atención, esto es, el seguimiento y apoyo una vez detectada la violencia.

El modelo fue descrito por James O. Prochaska y Carlo DiClemente a finales de los

años 70. Es una propuesta integradora muy ampliamente conocida y utilizada para la

cesación tabáquica y también en otras adicciones, así como en contextos de cambio y adquisición de hábitos saludables y de ejercicio. Su conocimiento por una gran parte de los equipos asistenciales es una ventaja considerable a la hora de aplicarlo en el contexto de violencia de género.

El Modelo Transteórico del Cambio nos permite manejar una concepción dinámica del proceso de la mujer víctima del maltrato, ajustando las intervenciones al momento en el que la mujer se encuentra y organizando las prioridades y necesidades.

Cualquier **proceso de cambio** tiene unas fases y unos ritmos que es bueno evaluar para hacer propuestas de acción adecuadas al momento que la mujer está viviendo.

Hay dos tipos de proceso:

- Procesos cognitivos o afectivos: son los procesos referidos a los sentimientos, a los pensamientos.
- Procesos conductuales: destinados a cambios de conducta, a romper hábitos y modificarlos por otros más saludables.

Las mujeres, en su proceso de cambio, utilizan mecanismos cognitivos y afectivos en las primeras fases y conductuales en fases más avanzadas. Esto es fundamental entenderlo y tenerlo en cuenta porque cualquier intento de cambio conductual en fases iniciales esté probablemente abocado al fracaso.

Modelo Transteórico: fases de cambio

De manera resumida, se describen a continuación las diferentes fases, así como los

objetivos principales y las pautas de actuación básicas.

Fase 1: Precontemplativa

La mujer muchas veces no es consciente del problema, o lo minimiza o normaliza como algo que no puede ser de otra manera. Si bien puede existir deseo de cambio, no se plantean estrategias que puedan derivar en una conducta. No asocia, además, el problema de salud que le trae a consulta con el maltrato que sufre.

El objetivo en estas fases es crear la duda, tratar de que pueda ver que el tema sí es importante y que es un trato que no debería tolerar, con estrategias como: un posicionamiento firme en contra de la violencia y la exploración de las situaciones de abuso con detalle.

Fase 2: Contemplativa

La mujer ya es consciente de la situación de maltrato y comienza a valorar el emprender cambios a medio plazo, pero aún no se compromete a un paso a la acción. Nuestra labor esencial en esta fase se centrará en analizar los obstáculos para el cambio, clarificación del proyecto de vida de la mujer, generar discrepancias, establecer planes de seguridad y explorar la red social, familiar. El manejo de la ambivalencia y el respeto a los valores y proyectos de la mujer son esenciales y complejos en esta fase.

Fase 3: Preparación

En esta fase la mujer ya planifica un cambio a corto plazo y elabora un plan concreto de acción. Pero el vínculo de lealtad para con el maltratador se va debilitando, y la decisión es la de cambiar la relación.

Las estrategias dirigidas a la conducta son más eficaces en estas etapas en las que la mujer adquiere más autonomía. El manejo de factores inhibidores y favorecedores de



la “ruta crítica” son esenciales, así como los planes de seguridad y huida en caso de urgencia.

Fase 4: Acción

En esta fase nuestra labor es acompañar, prestar especial atención a situaciones de incremento de violencia y respetar tiem-

pos y expectativas, con una reevaluación continua de los planes.

Fase 5: Mantenimiento

Los objetivos de esta fase son: afianzar el camino recorrido, reevaluación de estrategias, atención y abordaje de las consecuencias de maltrato, reparación del daño

y acompañamiento en un nuevo proyecto de vida libre de violencia. El empoderamiento, la adquisición de autonomía son esenciales, pero somos seres sociales, necesitamos tejer redes de vínculos saludables, esto no lo podemos olvidar.

Fase 6: Recaída

Las recaídas ocurren con cierta frecuencia porque no es un camino fácil. Por eso, es esencial poder manejar la sensación de fracaso mediante el rescate de los cambios conseguidos, desde una posición empática y de acompañamiento.

No es un proceso lineal, más bien puede plantearse como un *zig-zag*, con avances, retrocesos, recaídas, que tenemos que contemplar como parte del proceso, acompañar e identificar para plantear las estrategias idóneas en cada momento. Son procesos complejos, en los que influyen factores tanto personales como externos, únicos en cada caso, que habrá que trabajar en equipo, con una coordinación continua entre diferentes agentes, siempre con la mujer en el centro.

CONCLUSIONES

- El sistema sanitario es fundamental en la detección y también en el acompañamiento de las mujeres que sufren violencia machista.
- Cada mujer construye su propia ruta, su particular camino de salida de la violencia, y nuestra labor es acompañar, apoyar y fomentar la autonomía.
- El modelo Transteórico de Cambio es una herramienta muy práctica y útil para las y los profesionales en este proceso de acompañamiento.
- Es indispensable una buena formación que permita la adquisición de habilidades y promueva actitudes para una labor eficaz y útil para las mujeres que atendemos en nuestras consultas ■

Coloquios

saned.
GRUPO







Sanos para sanar: el cuidado de la salud mental como clave de la atención al paciente

En 2001, el médico y experto en comunicación médico-paciente Ronald Epstein señalaba: “el secreto del cuidado del paciente radica en cuidar al profesional para que le cuide”. Sus palabras sugieren que para garantizar una atención de calidad es fundamental que los profesionales de la salud también reciban el cuidado y los apoyos necesarios. Esto implica mantener un buen estado físico, mental y emocional para poder brindar la mejor atención posible.

Texto | Laura Clavijo

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE PORTADA

Sanos para sanar: el cuidado de la salud mental del médico como clave de la atención al paciente



En España, la esperanza de vida de los médicos es de 82 años para los hombres y 83 para las mujeres, superando en uno y dos años, respectivamente, a la población general, según el Estudio de Mortalidad en la Profesión Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)¹. Las principales causas de muerte entre los médicos se relacionan con tumores, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato respiratorio, las mismas que afectan a la población general masculina. No obstante, en términos de salud mental existe la percepción de que los profesionales sanitarios se encuentran en peores condiciones que el resto de la población. El estrés, el desgaste profesional, la depresión, la ansiedad, los trastornos por el consumo de sustancias y la conducta suicida son los principales problemas de salud mental que enfrentan los profesionales sanitarios.

En España, el suicidio fue la principal causa de muerte externa en 2022, con

4.227 fallecimientos, lo que representa un incremento del 5,6 por ciento respecto al año anterior, según del Instituto Nacional de Estadística (INE)². Esto se traduce en una media de 11,5 suicidios diarios, o una persona quitándose la vida cada dos horas. El Estudio de Mortalidad de la Profesión Médica del CGCOM revela que el porcentaje de suicidios es mayor entre los médicos que en la población general, con un promedio de 1,3 por ciento frente al 0,8 por ciento. Además, las médicas tienen un porcentaje de suicidios un 7,5 por ciento más alto que las mujeres de la población general.

850 médicos piden ayuda cada año

Cada año, en España, 850 médicos ingresan en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)³, dirigido a profesionales en activo con patologías psíquicas y/o adictivas. El PAIME ofrece asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral de manera con-

fidencial para favorecer la rehabilitación de médicos y residentes. Desde su creación en 1998, ha atendido a más de 8.000 profesionales con trastornos mentales y/o adicciones, y más del 90 por ciento de ellos se ha recuperado, reincorporándose al ejercicio médico.

Para M^a Isabel Moya, vicepresidenta primera de la Organización Médica Colegial (OMC), este balance demuestra el éxito del programa en sus dos objetivos principales, “como herramienta que cuida del médico que lo necesita” y “como herramienta de control de la buena praxis, logrando la re-integración en la vida laboral con todas las garantías para los ciudadanos”.

El PAIME es pionero en España y referente en Europa, estando implantado en todas las comunidades en el ámbito de la OMC y bajo el paraguas de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), que contribuye a su financiación junto a las administracio-

Salud mental de la mujer médica

Las mujeres representan el 70 por ciento del personal sanitario en mundial⁶ y son uno de los grupos más vulnerables en materia de salud mental, junto con los médicos jóvenes y los estudiantes.

Dos de cada tres ingresos en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) por problemas de salud mental y/o adicciones son mujeres. Si hablamos de estudiantes, el 86 por ciento de los alumnos atendidos por el Servicio Telemático de Apoyo Psicológica a Estudiantes de Medicina (SAPEM) de la Organización Médica Colegial (OMC) son mujeres. Además, las médicas presentan tasas más altas de suicidio que la población general, un 7,5 por ciento más. Son también las más agredidas en el contexto de atención sanitaria. Del total de agresiones, ellas reciben el 66 por ciento, según el Observatorio contra las Agresiones elaborado por la OMC⁷.

Si nos adentramos en los tipos de problemas de salud mental, podemos afirmar que las mujeres en ocupaciones médico-asistenciales experimentan niveles más altos de estrés y agotamiento en comparación con sus homólogos masculinos, según un análisis llevado a cabo por investigadores de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad George Washington⁸. Este examinó datos de 71 estudios realizados en 26 países y en cuatro idiomas distintos entre 1979 y 2022, abarcando enfermeras, médicos, trabajadores sociales clínicos y proveedores de salud mental.

Las desigualdades de género a las que se enfrentan las mujeres contribuyen a estos niveles más altos de estrés y agotamiento. Las condiciones laborales dificultan la conciliación entre vida laboral y personal, aunque también influyen la falta de autonomía y las demandas familiares. Según un informe de la OMS sobre equidad de género en la fuerza laboral de la salud que abarca 104 países⁹, las trabajadoras sanitarias tienen menos probabilidades de empleo a tiempo completo y suelen recibir salarios más bajos. Además, muchas mujeres deben equilibrar su trabajo en el sector sanitario con responsabilidades domésticas y de cuidado de otras personas, lo cual aumenta su carga de trabajo y el riesgo de sufrir estrés y desgaste profesional o *burnout*.

El colectivo médico coincide en que es crucial abordar estas disparidades, incluyendo la perspectiva de género en las nuevas estrategias para promover un entorno de trabajo seguro y equitativo para la mujer médica, así como para apoyar su bienestar integral en el sector sanitario.

nes públicas. Cualquier médico que necesite ayuda de tipo psíquico y/o relacionada con adicciones puede acudir a él a través de su colegio de médicos.

Los afectados son cada vez más jóvenes

El último Informe PAIME 2023⁴ permite analizar el perfil de los médicos con patologías de tipo psíquico que solicitan ayuda. Los datos indican que los afectados son cada vez más jóvenes y, por sexo, predominan las mujeres: dos de cada tres médicos atendidos son mujeres. El trastorno mental es el principal motivo de ingreso en el

84,9 por ciento de los casos, mientras que la patología adictiva representa un 8,6: un 5,6 por ciento corresponde al abuso de alcohol y un tres a otras drogas, incluyendo benzodiacepinas, zolpidem, cannabis, cocaína o policonsumo.

En el tramo de edad de 31 a 40, se observa un aumento en los casos de trastornos mentales respecto a años anteriores, con un 24,4 por ciento en 2021 y un 22,2 en 2022, cifras superiores al 20,8 por ciento registrado en años anteriores. Asimismo, entre los menores de 30 años, la demanda de ayuda al PAIME supera lo esperado en

relación con la proporción de colegiados, con un 18 por ciento de solicitudes frente al 12 por ciento de colegiación.

Esta evolución de casos atendidos en profesionales cada vez más jóvenes es “preocupante”, según el psicólogo y director de la Fundación Galatea, Antoni Calvo. Durante los más de 20 años de casos atendidos en Cataluña, Calvo destaca el incremento de residentes sobre el total de demandantes, tanto en Cataluña como en el resto de España. Fundación Galatea gestiona el programa de atención al médico enfermo en Cataluña, donde el Colegio de Médicos de Barcelona (CoMB) fue pionero en plantearse este tipo de atención. En 1998, el CoMB, juntamente con la Generalitat de Catalunya y el Servei Català de la Salut, crearon el Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM)⁵. A partir del PAIMM se desarrolló en los colegios del resto de España el PAIME.

Además del PAIME, la OMC impulsa otras líneas de acción específicas para el cuidado de los MIR. Su vicepresidenta, M^a Isabel Moya, destaca que se ofrecen programas destinados a promover la responsabilidad del autocuidado y los hábitos saludables entre los médicos durante su periodo de residencia. Estos programas incluyen talleres impartidos por expertos, que se centran en la sensibilización sobre los riesgos para la salud durante esta etapa y en la adquisición de habilidades de autocuidado.

En cuanto al sexo, el informe revela que el 65 por ciento de las médicas afectadas por problemas de salud mental y/o adicciones solicita ayuda, lo que sigue siendo superior al porcentaje de médicos (35 por ciento). Esta tendencia ascendente se mantiene respecto a años anteriores, cuando el 60 por ciento eran mujeres frente al 40 de hombres.

En cuanto a las especialidades, la que registra el mayor número de casos en el programa es Medicina Familiar y/o Medicina General, con un 44,5 por ciento de los casos. Pediatría y Psiquiatría son las especialidades más vulnerables, representando un 6,3 por ciento y un 5,2, respectivamente. Les siguen Anestesia (4,5 por



REPORTAJE PORTADA

Sanos para sanar: el cuidado de la salud mental del médico como clave de la atención al paciente

ciento), Urgencias-Emergencias extra e intra hospitalarias (3,1 por ciento), Ginecología (2,4), Traumatología (2,1), Cirugía General (1,7) y Medicina Intensiva (0,9).

Impacto de la COVID-19

Los profesionales sanitarios siempre han enfrentado condiciones laborales exigentes: largas jornadas de trabajo, turnos rotativos, carga física y emocional intensa, exposición al sufrimiento humano y a la muerte, así como un mayor riesgo de exposición a enfermedades y violencia, tal como recogen los CDC¹⁰.

A las condiciones laborales, que de por sí suponen una prueba para la profesión, se ha sumado la pandemia provocada por la COVID-19, situación que ha incrementado el número de profesionales sanitarios y también de estudiantes de profesiones como Medicina o Enfermería afectados por distintos tipos de problemas de salud mental. Vanesa Cereza, psicóloga y clínico en terapia EMDR con consulta en la provincia de Huesca, explica que, desde la crisis sanitaria ha habido un repunte importante de casos de profesionales sanitarios que acuden a terapia con estos problemas. “Principalmente son trastornos de estrés, ansiedad y depresión, y buena parte de ellos provocados por la situación laboral en general”, asegura.

Y es que, durante la pandemia, el 60 por ciento de los médicos españoles padeció *burnout* o síndrome de desgaste profesional, según el Estudio sobre el Impacto de la COVID-19 en la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en España¹¹. Además, hubo un aumento en la proporción de médicos con dificultades para conciliar el sueño, que pasó del 9,4 por ciento al 45. El consumo de tranquilizantes también se incrementó, pasando del 18,6 por ciento antes de que se produjera al 29,4 durante la misma.

“El personal sanitario ha sido uno de los colectivos más presionados durante la pan-

demia. Se han depositado en ellos numerosas expectativas, exigiéndoles al máximo de sus capacidades, aunque no todo estaba bajo su control. A menudo se les ha sobrecargado y criminalizado. Esta presión constante, sumada a horarios agotadores y turnos dobles, ha influido de manera notable en su estado mental”, expone Vanesa Cereza.

La pandemia ha incrementado los casos de problemas de salud mental, pero también ha tenido aspectos positivos, como por ejemplo poner sobre la mesa estos problemas. “La pandemia ha ayudado a visibilizar de forma generalizada los trastornos de salud mental. Se les ha dado más importancia porque todos, en mayor o menor medida, nos hemos visto presionados por una situación que nadie controlaba y cuyo desenlace era incierto. Ante esta incertidumbre, muchas personas han desarrollado problemas de diversa índole en el campo de la salud mental, lo que ha contribuido a aumentar la conciencia sobre los mismos”, explica la psicóloga.

El aumento de casos de problemas de salud mental en el colectivo médico desde la pandemia se refleja en las cifras del Informe PAIME 2023. La crisis sanitaria y el incremento de la conciencia sobre la importancia de buscar ayuda ante una enfermedad mental provocaron un aumento del 40 por ciento en el número de médicos atendidos durante la pandemia. Antes de esta, el número de médicos atendidos anualmente era de 400, cifra que ascendió a más de 800 durante la emergencia sanitaria.

Burnout o síndrome de desgaste profesional

“Hay un sector de la población en grave riesgo de sufrir *burnout* y estrés laboral, y de acabar realmente quemado con su trabajo. Es un sector que yo conozco muy bien, tanto en lo que vive respecto a sus condiciones laborales como en lo que sucede psicológicamente en su interior para

acabar así de quemado. Y lo conozco bien porque formo parte de él”. Así lo relata Carlos Cenalmor, médico psiquiatra especializado en estrés laboral y *burnout*. Decidió trasladarse a vivir a un pueblo en el Pirineo de Huesca después de trabajar varios años en Madrid. Desde allí, ofrece asistencia online a profesionales liberales, entre ellos médicos y abogados, para manejar el estrés. ¿Por qué este cambio de vida? Porque él mismo padeció el problema que ahora le apasiona resolver: el estrés y el *burnout* en la vida moderna occidental.

El término *burnout*, conocido en español como síndrome de desgaste profesional o del trabajador quemado, fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger en su libro *Burnout: The High Cost of High Achievement*. En 1986, la psicóloga estadounidense Christina Maslach describió el síndrome con mayor detalle. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el *burnout* como el “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito”. Desde 2022, está reconocido por esta organización como una enfermedad laboral dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El *burnout* se manifiesta a través de tres dimensiones: el cansancio emocional, que surge del agotamiento frente a demandas laborales que no resultan atractivas; la despersonalización, que conduce al distanciamiento en el trato e incluso rechazo hacia las personas en el ámbito laboral; y la falta de realización personal, que se caracteriza por una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, acompañada de irritabilidad, baja productividad y escasa autoestima.

Los síntomas psicossomáticos del *burnout* se manifiestan de diversas formas. Estos incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza persistentes, molestias musculares en el cuello y la espalda, dificultades para conciliar el sueño, pérdida de peso involuntaria,

La polémica pregunta del examen MIR 2024

“**M**édico de 50 años que con frecuencia acumula retraso de 2 horas en la consulta, creando algún conflicto, aunque es el que tiene menor cupo de pacientes. Empieza su jornada laboral antes de la hora para planificar y adelantar su trabajo, pero siempre es el último en salir. Explica: “No soporto dejar algo a medias, soy muy perfeccionista, tengo muchas cosas que hacer además de las visitas (burocracia, papeleos) y no tengo tiempo para nada más. No sé cómo lo hacen mis compañeros que tienen familia, aficiones... Yo no tengo tiempo ni para ir al gimnasio. Los fines de semana me quedo en casa, descansando. No tengo vida social”.

A la exploración se aprecia una preocupación por los detalles, el orden y las normas, una incapacidad para discernir lo que es urgente y prioritario de lo que no lo es, una conducta inflexible y una incapacidad para delegar. ¿Cuál de las siguientes sería la orientación diagnóstica?

1. Trastorno esquizoide de la personalidad.
2. Trastorno narcisista de la personalidad.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
4. Trastorno de la personalidad no especificado”.

La respuesta “correcta”. Según la plantilla provisional la respuesta correcta al diagnóstico del facultativo debía ser un “trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad”.

problemas gastrointestinales, dolores en el pecho, palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, resfriados frecuentes y aparición repentina de alergias.

Los síntomas emocionales incluyen irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, depresión, frustración, aburrimiento, distanciamiento afectivo, impaciencia, desorientación, sentimientos de soledad y vacío, impotencia y sentimientos de omnipresencia.

Los síntomas conductuales pueden ser: cinismo, apatía, hostilidad, sarcasmo, pesimismo, ausentismo laboral, abuso de sustancias como café, tabaco o alcohol, relaciones interpersonales distantes y frías, tono de voz elevado con gritos frecuentes, episodios de llanto sin una causa específica, dificultad para concentrarse, disminución del contacto con el público, clientes o pacientes, aumento de conflictos con compañeros, reducción en la calidad del servicio prestado, manifestaciones de agresividad, cambios bruscos de humor, irritabilidad, aislamiento y enfado frecuente.

Uno de cada cuatro médicos en España sufre de síndrome de desgaste profesional, según el artículo del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis”¹². Este trabajo examinó a 16.000 profesionales a través de 67 estudios científicos revisados por la Escuela Nacional de Sanidad del ISCIII.

Causas externas del *burnout*

“Desafortunada”, “una falta de respeto”, “estigmatizante”, “una burla”. Son solo algunos de los comentarios publicados en la red social X sobre la controvertida pregunta del examen MIR 2024 en la que se presentaba el caso de un médico que acumula retrasos en sus consultas, que afirma que no tiene tiempo libre “ni vida social” y que dice que no es capaz de “discernir entre lo urgente y lo prioritario”. El planteamiento

to sugiere que podría tener un trastorno de la personalidad. Sin embargo, algunos profesionales proponían en redes sociales un diagnóstico alternativo: a ese médico lo que le pasa es que está “quemado”.

El psiquiatra Carlos Cenalmor aprovecha este ejemplo para introducir las causas externas del *burnout*. Estas no residen en la mente o la personalidad del médico, sino en las condiciones laborales que lo rodean. El psiquiatra incide en los riesgos y efectos nocivos en la salud de las guardias de 24 horas, “que aumentan los niveles de estrés y contribuyen al *burnout* laboral”. Además, señala que en la actualidad “no se compensa adecuadamente la nocturnidad ni la peligrosidad de los médicos, a pesar de que su trabajo se realiza durante la noche y puede llegar a ser peligroso, como bien se demostró durante la pandemia provocada por la COVID-19”.

Cenalmor añade que la carrera médica es “limitada”. “Una vez obtenida la plaza de funcionario, que es tu sueño, muchos profesionales permanecen estancados toda su vida en la misma posición, realizando el mismo trabajo bajo presiones cada vez mayores”, apunta. Según él, esta “falta de oportunidades para evolucionar y crecer” conduce a la “desmotivación” y a la “pérdida de energía” necesaria para el desarrollo personal y profesional.

También hace especial mención a la presión que ejercen las administraciones sobre la profesión médica, al reducir los tiempos de consulta y al aumentar las cargas burocráticas. “Esto lleva a una atención de menor calidad para los pacientes y genera más estrés y frustración entre el personal médico. Nada es más difícil que te obliguen a hacer mal un trabajo que sabes que podrías hacer mucho mejor, especialmente cuando se trata de ayudar a las personas y velar por su salud”, sentencia Cenalmor.

Y es que el *burnout* acarrea consecuencias para el profesional y para el paciente. En



REPORTAJE PORTADA

Sanos para sanar: el cuidado de la salud mental del médico como clave de la atención al paciente

los propios profesionales, es un factor de riesgo para la mala salud mental, el abuso de sustancias y el riesgo de suicidio, representando un riesgo para la vida familiar. En los pacientes, aumenta el error médico, reduce la calidad de los cuidados y disminuye la satisfacción y la empatía. Finalmente, impacta también en el sistema sanitario en general.

Causas internas del *burnout*

Carlos Cenalmor habla de las causas internas que contribuyen al *burnout* entre los médicos, resaltando el perfil psicológico de quienes eligen esta profesión: “Los médicos tendemos al perfeccionismo, la autoexigencia y la complacencia, un cóctel que facilita acabar quemado”. “La situación se inicia de estudiante, ya que para entrar en la carrera de medicina se necesita una nota muy alta, y esto implica que, desde la adolescencia, has tenido que dedicar mucho tiempo a estudiar y a sacar unas notas excelentes mientras tus amigos hacen otras cosas. Después, en la carrera hay mucha competitividad. Respecto a la complacencia, nos ayuda a satisfacer a nuestros padres primero y, más tarde, en el ámbito laboral, a nuestros pacientes. Todo ese deseo de agradar y complacer puede generar estrés y, si no se gestiona bien, si no se enseñan herramientas psicológicas en la carrera de medicina ni se forma a los médicos en autocuidado puede llegarse al *burnout*”, expone.

Enfermar es humano

Cuando el médico enferma surge un conflicto de rol: ser el paciente cuando se ha formado para diagnosticar, tratar y cuidar. Esto le sitúa al otro lado de la mesa. “El proceso de enfermar es distinto en los médicos”, asevera M^a Isabel Moya, vicepresidenta de la OMC, quien cita el estudio que refleja este tema, “Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico”, liderado por el Grupo de Investigación en Bioética de Aragón (GIBA-IIS Aragón), con la colaboración de FPSOMC y la Cátedra de

Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza y el Colegio de Médicos de Zaragoza¹³. “El rol que el médico tiene asumido es ser cuidador no paciente; esta autopercepción impide buscar ayuda y se intenta negar el problema o recurrir a la automedicación y al autocontrol”, puntualiza Moya.

El estudio también visualiza la llamativa tendencia de los médicos a acudir al trabajo estando enfermos como forma de expresar su responsabilidad hacia los pacientes y compañeros. En palabras de Moya: “La falta de tiempo para preocuparse de la salud de uno mismo, el compromiso profesional y la orientación hacia la mejor atención al paciente nos sitúa en un dilema personal entre la propia salud y continuar prestando asistencia a las personas que precisan de nuestra ayuda y atención”.

Otros factores que hacen que a los médicos les “cueste” pedir ayudar serían las consecuencias laborales que pudiera conllevar conocer que se sufre un problema mental. “El estigma y el miedo a ser juzgados por colegas y pacientes es un factor importante. Por eso, la característica de la confidencialidad en el proceso de atención es fundamental”, recuerda Moya. “El desconocimiento de los recursos disponibles específicamente para los profesionales de la salud como el PAIME y la cultura profesional de las instituciones médicas que, en general, no fomentan ni se preocupan del cuidado de la salud de sus profesionales son otros motivos”, concluye.

¿Qué quieren los médicos?

Vivek Murthy, médico estadounidense y copresidente de la Junta Asesora COVID-19 del presidente Joe Biden desde noviembre de 2020 hasta enero de 2021, aborda el *burnout* de los trabajadores de la salud en el artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* en julio de 2022, titulado “Confronting Health Worker Burnout and Well-Being”¹⁴. Murthy destaca que, para mejorar el bienestar de

los trabajadores de la salud es fundamental valorarlos y protegerlos, mejorando sus condiciones laborales y defendiéndolos de la violencia. En segundo lugar, enfatiza la necesidad de reducir las cargas administrativas, una queja común entre médicos y pacientes. En tercer lugar, subraya la importancia de aumentar el acceso a la atención de salud mental para los trabajadores sanitarios. En cuarto lugar, sugiere la capacitación de más clínicos y trabajadores de salud pública. Finalmente, insta a construir una cultura que apoye el bienestar de estos profesionales.

En la misma línea van dirigidas las estrategias propuestas en la revisión del ISCIII, citada anteriormente, para prevenir el *burnout* en médicos. Mejorar los patrones laborales, promoviendo más descansos, evitando el trabajo fuera del horario laboral y conciliando la vida personal y profesional. En segundo lugar, desarrollar herramientas de gestión emocional, como técnicas de gestión del tiempo, resolución de conflictos, relajación, autoconocimiento y apoyo psicoterapéutico, así como obtener soporte social de compañeros y familia. Finalmente, diversificar el trabajo con la posibilidad de realizar diferentes tareas e implicarse en actividades fuera del trabajo, como aficiones e intereses personales.

Autocuidado, la asignatura pendiente

“Una buena parte de la prevención en este colectivo sería dotarlo de herramientas para la gestión emocional de situaciones altamente estresantes desde las primeras etapas de la profesión. Es crucial proporcionarles apoyo psicológico durante su formación académica, en su día a día y también para gestionar situaciones de crisis” apunta la psicóloga Vanesa Cereza.

La OMC, que impulsa el Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM), desde su puesta en marcha en 2022, ha atendido a 300 estudiantes con problemas de salud mental derivados de las dificultades académicas y

también personales. La mitad tiene entre 21 y 23 años, y el 70 por ciento se encuentra en los últimos años de grado. Entre las principales dificultades académicas destacan la desmotivación, una elevada exigencia, ansiedad ante los exámenes, miedo a la reacción personal ante un paciente grave y su familia. Entre las dificultades en el ámbito personal, los conflictos de relación con la pareja, la familia o los amigos y dificultades para conciliar la vida personal y familiar con la académica.

Recientemente, con el objetivo es impulsar la investigación sobre prevención y asistencial y, sobre todo, apostar por la formación específica de profesionales de la salud que estén preparados para ofrecer una atención y respuesta adecuadas a las necesidades de salud concretas de otros profesionales del ámbito, la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) ha creado la Cátedra para la salud de los profesionales de la salud, junto con Fundación Galatea, el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la UAB, el CoMB y Mutual Médica.

Montse Esquerda, peditra y presidenta de la Comisión de Deontología del Consejo de Médicos de Cataluña (CCMC), durante la presentación de la Cátedra para la salud de los profesionales de la salud de la UAB, hizo una interesante reflexión sobre la máxima de Ronald Epstein que citábamos al inicio, “el secreto del cuidado del paciente radica en cuidar al profesional para que le cuide”. Esquerda expresó que, en la actualidad, debemos afirmar ya que “el secreto de cuidar al paciente radica en formar a los estudiantes de las profesiones sanitarias para cuidar y cuidarse”. Esto es fundamental para que, en los escenarios de salud venideros, caracterizados por la actual emergencia climática, los efectos de las olas de calor y la posibilidad de nuevas pandemias, y en los que la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios será nuevamente esencial, los profesionales sanitarios puedan brindar la mejor atención al paciente con todas sus facultades ■

Referencias

1. Estudio sobre Mortalidad en la Profesión Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). 2019. <https://www.cgcom.es/media/545/download>
2. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística. Año 2023. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
3. Guía PAIME. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC). 2019. https://www.fpsomc.es/sites/fpsomc/files/minisite/static/0fccd601-3fdf-47e5-8fbc-81d6b4d67113/guia_paime_2019/index.html
4. Informe PAIME 2023. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Organización Médica Colegial (OMC) y Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC). 2023. <https://www.fpsomc.es/notas-de-prensa/se-duplica-el-numero-de-medicos-atendidos-en-el-programa-de-atencion-integral-al>
5. Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM). Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB). <https://www.comb.cat/es/serveis/salut-metge/paimm>
6. Presentación oficial de WGH Spain 2022 en Barcelona, capítulo español de Women in Global Health (WGH), organización internacional sin ánimo de lucro que reúne a mujeres y otras personas aliadas para promover la equidad en el género en la salud global.
7. Estudios. Observatorio de Agresiones. Organización Médica Colegial (OMC). 2023. <https://www.cgcom.es/observatorios/agresiones/estudios>
8. Karakcheyeva V, Willis-Johnson H, Corr PG, Frame LA. The Well-Being of Women in Healthcare Professions: A Comprehensive Review. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*. 2024;13. doi:10.1177/27536130241232929
9. Boniol, Mathieu, et al. *Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries*. World Health Organization, 2019. JSTOR, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. La salud mental de los trabajadores de la salud. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Junio 2022. <https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/lasaludmental.html>
11. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en España. Rueda de prensa. 21 de abril de 2021. <https://www.fpsomc.es/publicaciones/estudio-sobre-el-impacto-de-la-covid-19>
12. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaqueiro-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit*. 2024. ISSN 0213-9111. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>
13. Enfermar es humano: cuando el paciente es el médico. Cuadernos Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). 2022. <https://www.cgcom.es/publicaciones/enfermar-es-humano>
14. Vivek H. Murthy, M.D., M.B.A. Confronting Health Worker *Burnout* and Well-Being. *The New England Journal of Medicine*. July, 2022. Med 2022; 387:577-579. DOI 10.1056/NEJMp2207252 VOL. 387 NO.7 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2207252>



Hay muchas
líneas de
investigación,
pero ahora
está cobrando
mucho interés
la innovación
en diabetes tipo 1

Javier Ampudia

Presidente de la Sociedad Española de Diabetes

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos FACME



“Hay muchas líneas de investigación, pero ahora está

cobrando mucho interés la innovación en diabetes tipo 1”

Javier Ampudia asume la presidencia de la Sociedad Española de Diabetes focalizándose en la necesidad de mejorar en prevención, ya que es el mejor tratamiento de la diabetes, según señala a EL MÉDICO.

¿Cuáles son los objetivos de la nueva junta directiva?

La junta directiva se ha renovado en el último congreso, pero en realidad queremos continuar con las líneas de actuación que se han hecho hasta ahora. Queremos implementar la comunicación de la Sociedad Española de Diabetes con los pacientes, pero también con la sociedad en general. Queremos que sean mucho más visibles nuestras iniciativas. También queremos seguir trabajado en el tratamiento de la diabetes, aunque en España tenemos una excelente metodología. Pese a los buenos resultados, no tenemos internacionalmente el impacto que debemos tener. Por eso, queremos internacionalizar mucho más nuestra sociedad.

Y, ¿cómo quieren internacionalizarla?

Pues no solamente con los vínculos que tenemos con Latinoamérica, sino sobre todo con sociedades afines, como la sociedad de Alemania, de Estados Unidos y Canadá, entre otros. Para eso, queremos favorecer encuentros con países de la Unión Europea, para que esas sinergias permitan, sobre todo, a los jóvenes investigadores tener oportunidades de intercambio, que lógicamente deben repercutir en el bien de la SED y del tratamiento de la diabetes en nuestro país.

¿Qué tipo de relación tiene con esas sociedades?

Queremos organizar simposios con ellos en los cuales invitaremos a jóvenes inves-

tigadores para tratar determinados temas de interés para favorecer ese *networking* a través de esa actividad conjunta y, sobre todo, para poder visualizar más nuestra sociedad internacionalmente. También colaboramos con la Sociedad Europea de Diabetes para cuya junta directiva tenemos algún candidato español. Queremos tener representantes en los organismos europeos para que España esté adecuadamente representada.

¿Qué otras prioridades tienen?

Queremos establecer una colaboración más estrecha con las asociaciones de pacientes. En este momento hay determinadas reivindicaciones o necesidades no cubiertas, como por ejemplo el hecho de hacerse un seguro de vida, la renovación del carné de conducir o las trabas que hay para acceder a determinados trabajos. Además, desde la SED creemos que tiene que mejorarse la atención, centrándose en la psicológica, ya que a veces las personas con diabetes la necesitan y se la tienen que costear. Por eso, queremos trabajar más estrechamente con las asociaciones de pacientes para que juntos podamos intentar conseguir que las administraciones sanitarias los tengan en cuenta.

En este contexto, ¿qué papel tienen los educadores sanitarios?

Son una parte fundamental en el manejo de la enfermedad. Una enfermera educadora en diabetes con alta especialización no tiene ningún reconocimiento ni ninguna distinción, a diferencia por ejemplo de otras especialidades dentro de la enfermería. Es un tema complicado, pero queremos seguir trabajando porque estos profesionales llevan años intentando modificar

dicha situación y eso, lógicamente, repercute en la atención de los pacientes.

La SED es una sociedad transversal, ¿en qué se basa esa transversalidad?

Somos una sociedad de patología donde se agrupan diferentes profesionales, no solamente médicos, sino también personal de enfermería, psicólogos e investigadores. Todos trabajamos en torno a la diabetes de desde diferentes perspectivas, pero todos tenemos como punto común que nos ocupamos de la diabetes y sus problemas relacionados. Es decir, tratamos aspectos relativos a la investigación, la asistencia... Por eso, es una sociedad transversal.

¿Cómo es la coordinación con las especialidades?

Dentro de la SED tenemos distintos grupos de trabajo. La coordinación depende un poco del área de interés, pero obviamente intentamos que en la junta directiva haya siempre un representante de cada uno de los colectivos. Así, en la junta actual tenemos a una investigadora básica, que no es endocrinóloga, y una médica de Atención Primaria, ya que los médicos de Atención Primaria tienen un papel muy relevante en el seguimiento de los pacientes con diabetes. También una representante de enfermeras educadoras y en otras ocasiones hemos tenido también representantes de Medicina Interna. Aunamos distintas especialidades en beneficio del tratamiento de los pacientes con diabetes.

¿Qué es lo que más les preocupa a los jóvenes especialistas?

Las inquietudes de los médicos jóvenes, lógicamente, son informarse de las nove-

dades que van irrumpiendo en los últimos años en el campo de la diabetes. Uno de estos aspectos es el uso de la de las monitorización continua de glucosa en el seguimiento de los pacientes que llevan tratamiento con insulina. Esto ya lo veníamos haciendo en los pacientes con diabetes tipo 1, pero ahora también ha irrumpido en aquellos con diabetes tipo 2 que utilizan múltiples insulinas. Existe una necesidad de los médicos de Atención Primaria y de otras especialistas en informarse en este tipo de terapias. También son de interés los nuevos fármacos, las nuevas estrategias y evidencias científicas que van saliendo. La Medicina es innovación y cualquier médico o profesional desea estar al día. Nosotros somos una sociedad donde van a encontrar sobre todo formación relacionada con los temas de la diabetes en su conjunto y las enfermedades asociadas.

¿Cuáles son las fortalezas de su especialidad?

No somos una especialidad propiamente dicha. Y nuestras fortalezas fundamentales son, desde la óptica del endocrinólogo, que damos una asistencia y una atención 360 a los pacientes con diabetes. Es decir, no solamente nos ocupamos de optimizar al máximo los tratamientos de su diabetes con los fármacos más novedosos. Además, utilizamos las tecnologías de monitorización continua de la glucosa, las bombas de insulina, los sistemas de administración automática de insulina o los sistemas híbridos. También tenemos esa visión que nos permite manejar otro tipo de problemas que surgen a estos pacientes. Por ejemplo, tratamos la hipertensión de estos pacientes, los problemas renales cuando aparecen en primera fase, el dolor en las piernas, la arteriopatía asociada a la diabetes... somos los que coordinan todos los esfuerzos en el tratamiento de los pacientes con diabetes. En este contexto, no nos podemos olvidar de los aspectos psicológicos y educativos.



¿Cuáles son las debilidades?

Las debilidades fundamentales es que somos pocos. Ejercemos un liderazgo asistencial en la en la coordinación de todos los planes y de todas las actividades que se hacen para los pacientes con diabetes, pero hemos de reconocer que somos una sociedad en la que el número de personas no es mayoritario, como puede ser Cardiología o Traumatología. Nuestro trabajo también se centra en coordinar grupos y establecer rutas asistenciales que podamos liderar en coordinación con Atención Primaria y con otras especialidades afines que tratan algún aspecto que pueda acontecer a los pacientes con diabetes. Aunque no lo veo una debilidad, el hecho de que no seamos una sociedad como Endocrinología hace que a veces por parte de la administración subestimen cuál es nuestro rol. Nosotros podemos ejercer una actividad de liderazgo y de coordinación importante con otras especialidades.

¿Qué importancia tiene para la SED la investigación?

Es fundamental la investigación e innovación. Para que para que avancemos todos y mejoremos de una forma más eficiente el tratamiento de nuestros pacientes tenemos que invertir mucho en investigación.

Por eso, es clave dar el máximo apoyo a los grupos que se dedican a investigar en diabetes. Pero también tenemos que establecer puentes y oportunidades con sociedades científicas amigas y grupos afines de otros países para favorecer el enriquecimiento de nuestros grupos de investigación. De hecho, tenemos una colaboración muy estrecha con el CIBERDEM, que coordina el Instituto Carlos III.

¿Cómo es esa colaboración?

Siempre hemos colaborado con ellos y siempre han tenido una mesa redonda en nuestro congreso nacional. Como novedad este año vamos a hacer un simposio de forma anual donde nos reunamos investigadores básicos en diabetes con investigadores clínicos para reforzar y visualizar la investigación que hacemos en España.

¿Dónde se están centrando las nuevas líneas de investigación en diabetes en España?

Hay muchas líneas de investigación, pero ahora está cobrando mucho interés la innovación en diabetes tipo 1 que está muy centrada en el desarrollo de nuevas insulinas y en el desarrollo de nuevos sistemas y mejoras en la monitorización continua de glucosa. A esto hay que añadir la au-



tomatización de los sistemas de administración de insulina y los nuevos fármacos que pueden retrasar la aparición de la diabetes en individuos de alto riesgo. Se están poniendo muchos recursos para desarrollar estrategias que prevengan la progresión de la enfermedad. Con respecto a la diabetes tipo 2, hay que recordar que está muy vinculada a la resistencia a la insulina y a la obesidad. Se están investigando fármacos que realmente ayudan a los pacientes con diabetes. Pero no solamente a los que tienen diabetes, sino también a los obesos. Estos fármacos ayudan a reducir peso de una forma muy importante, de una manera que no habíamos visto hasta ahora.

Somos una sociedad de patología donde se agrupan diferentes profesionales, no solamente médicos

¿Qué están haciendo estos fármacos?

Claramente modificando muchos de los problemas asociados a la diabetes tipo 2, como son las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades renales. Creo que esto va a ser es un cambio de paradigma muy importante, ya que ahora podemos tener herramientas que nos ayuden, junto con las recomendaciones de actividad física que damos a nuestros pacientes, a mejorar el manejo de su enfermedad. Sobre todo, va a mejorar su pronóstico vital. Prueba de la importancia de estos nuevos fármacos es que el año pasado el premio más prestigioso de la Sociedad Americana de Diabetes se lo dieron un investigador alemán que trabaja precisamente en este campo desde hace más de 15 años. Empezó a describir cómo las hormonas gastrointestinales influían en el metabolismo de la glucosa. Es la base de estos fármacos que están cambiando mucho la vida de los pacientes con diabetes.

¿Hay un mal uso de estos fármacos?

Está habiendo un abuso de estos fármacos por personas que no tienen diabetes. No obstante, varias compañías farmacéuticas

tienen programas específicos en pacientes con obesidad y diabetes donde estos fármacos son de gran utilidad. El problema está en que muchos pacientes con diabetes que necesitan estos fármacos a veces no los encuentran, con lo que hemos tenido que cambiarlos a otros otras alternativas. Pero estos fármacos deben de utilizarse dentro de un programa estructurado de que incluya una terapia nutricional adecuada, una dieta correcta y un programa de actividad física, porque si no, lo que ocurre es que efectivamente con el uso de estos fármacos los pacientes pierden peso, pero en el momento que dejan de utilizarlos, porque son caros, vuelven a ganar peso.

¿Qué se puede hacer para modificar esta situación?

Creo que todo esto merece una reflexión, es decir, tenemos que construir desde abajo. Si una persona consulta porque tiene un problema de obesidad, que también entra dentro de nuestra actividad, pues hay que trabajar con él primero el tema de la dieta y cuando vemos que realmente no alcanza los objetivos con las pautas implantadas, hay que optar por un tratamiento adicional y es el momento de utilizar estos fármacos. Los pacientes deben tener una información previa para alimentarse correctamente y hacer ejercicio físico. Porque si solo pierde peso con estos fármacos, si deja de tomarlos se vuelve a ganar peso y a la larga puede que desarrollen algún problema a nivel metabólico. Aun no tenemos datos de lo que ocurre a largo plazo, disponemos de los datos publicados de los estudios a dos o tres años.

En cuanto a la prevención, ¿cómo está la situación actual en España?

Antes de la COVID-19 se intentaba hacer bastante bien, puesto que existían campañas de prevención y de detección oportu-


nista de pacientes en riesgo, sobre todo las personas con de más de 40 años que tenían factores de riesgo, como obesidad e historia familiar de diabetes o mujeres con diabetes gestacional. La mejor manera de tratar la diabetes es prevenir que aparezca. En la pandemia, médicos de familia no podían dar abasto, pero ahora se está intentando retomar, aunque creo que es un aspecto que no está suficientemente promocionado por las administraciones sanitarias. No son conscientes de la importancia que tiene la diabetes y el impacto que tiene sobre los costes de la salud. Tenemos que trabajar mucho en prevención, pero no solamente los médicos en los centros de salud, sino también a través de los medios de comunicación, en las campañas en los colegios, a todos los niveles e implicado a otras sociedades científicas.

¿Cómo se puede trabajar en la población general?

Tenemos que poner el foco, precisamente, en la prevención de la diabetes, fomentando una alimentación saludable, actividad física..., pero en este momento tenemos un problema muy importante con la obesidad, también con nuestros adolescentes e incluso con los niños. Debemos establecer campañas centralizadas desde el Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas, en la que participen los correspondientes especialistas. Estas campañas van a repercutir en un beneficio para todos, que se puede ver traducida en una reducción de costes a largo plazo. Es fundamental pensar siempre en el largo plazo ■

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas





coloquios
El Médico



Los **directivos**
de la **salud deben**
liderar la
transformación
hacia la
calidad
y la **eficiencia**

Joaquín Estévez

Presidente de la Fundación SEDISA

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SEDISA



“Los directivos de la salud deben liderar la transformación hacia la calidad y la eficiencia”

La Fundación SEDISA celebra este año su 15 aniversario. Su presidente, Joaquín Estévez, comenta a EL MÉDICO los logros más destacados donde la formación de los directivos de la salud tiene un papel relevante.

¿Cuáles han sido los principales logros de la Fundación SEDISA en sus 15 años de existencia?

Los mayores logros están relacionados con dar respuesta a las necesidades de formación de los directivos de la salud en nuestro país. A este respecto, la larga historia de éxitos del máster universitario en gestión y planificación sanitaria, con una gran valoración del equipo docente por parte de los alumnos, la creación del máster en Formación Permanente en Gestión y Dirección de Servicios de Admisión y Documentación Clínica (GEDISA) y, en la actualidad, la puesta en marcha del Máster en Evaluación, Contratación y Acceso al mercado (MECA).

¿Cómo ha impactado el trabajo de la Fundación SEDISA en la gestión sanitaria?

De forma muy importante, la profesionalización de la gestión sanitaria, en el sentido de que los directivos de la salud estén cualificados para desempeñar un cargo directivo, depende de la formación, además de la experiencia. En dicho contexto, la formación cualificada, innovadora y actualizada que lleva a cabo la fundación impacta, sin duda, en la gestión sanitaria de forma muy positiva. Pero, junto a la formación, la Fundación SEDISA lleva a cabo otro tipo de proyectos, como encuentros de perfiles directivos específicos, en los que se tratan los temas de mayor interés y actualidad, y acciones relacionadas con el impulso de la investigación en gestión sa-

nitaria, lo que promueve la calidad y el conocimiento en esta área. Todas estas actividades también impactan en la mejora de la calidad y la profesionalización de los directivos de la salud.

¿Qué ha aportado la profesionalización de los directivos de la salud y la gestión sanitaria?

En coyunturas complejas como la actual, el directivo de la salud se enfrenta a exigencias adicionales como líder organizacional, más allá del desempeño habitual de su actividad. La adecuada gestión de las personas, conjugando una actuación basada en la responsabilidad, con la estrategia de sostenibilidad o negocio, y con un positivo impacto en la consecución de objetivos es clave para dar respuesta, con la participación de los pacientes, a las necesidades de salud de todos los ciudadanos, con el eje en la búsqueda permanente de los resultados en salud.

Entonces, ¿la gestión sanitaria es clave para el funcionamiento del sistema de salud?

La gestión sanitaria es una pieza clave para nuestro sistema sanitario. Pero la necesaria aportación de valor de la gestión sanitaria, en términos de calidad y eficiencia, solo es posible a través de directivos de la salud profesionalizados, formados para el perfil directivo que ocupan y con las competencias técnicas y transversales necesarias. En definitiva, la profesionalización de los directivos de la salud conlleva la profesionalización de la gestión sanitaria, algo que beneficia a todo el sistema. Sin directivos capaces de liderar a tan cualificado colec-

tivo de profesionales sanitarios, el sistema no funcionaría. Ese liderazgo mejora la calidad y la eficiencia. Y es que el papel protagonista de los directivos de la salud en la calidad y la sostenibilidad del actual modelo de salud es incuestionable.

Y, ¿cómo se ha trasladado a la asistencia?

El compromiso de los directivos de la salud se fundamenta en tres grandes y fundamentales áreas: los profesionales sanitarios, el sistema sanitario, los pacientes y la sociedad. En definitiva, la salud. Este compromiso se traduce, entre otras cosas, en poner los medios para que los profesionales sanitarios puedan desarrollar con calidad y eficiencia la asistencia sanitaria y en que los pacientes la reciban también con la debida calidad. En un mejor del acceso a la asistencia y a la innovación, además de en eficiencia y sostenibilidad para el sistema sanitario.

¿En qué aspectos de la profesionalización de los directivos se está trabajando?

La Fundación SEDISA continúa trabajando para dar respuesta a las necesidades de formación de los directivos de la salud, a través de los programas docentes que lleva a cabo y otros que se están diseñando, como la formación de las competencias transversales y técnicas que se requieren según el perfil directivo. Esta labor de la Fundación SEDISA se enmarca dentro de los objetivos y estrategia de la propia Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), tie-

ne con un comité de profesionalización que, entre otras líneas de trabajo, cuenta con la creación, ya realizada, del grado en gestión sanitaria en marcha, ADE con iti-

Sin directivos capaces de liderar a tan cualificado colectivo de profesionales sanitarios, el sistema no funcionaría

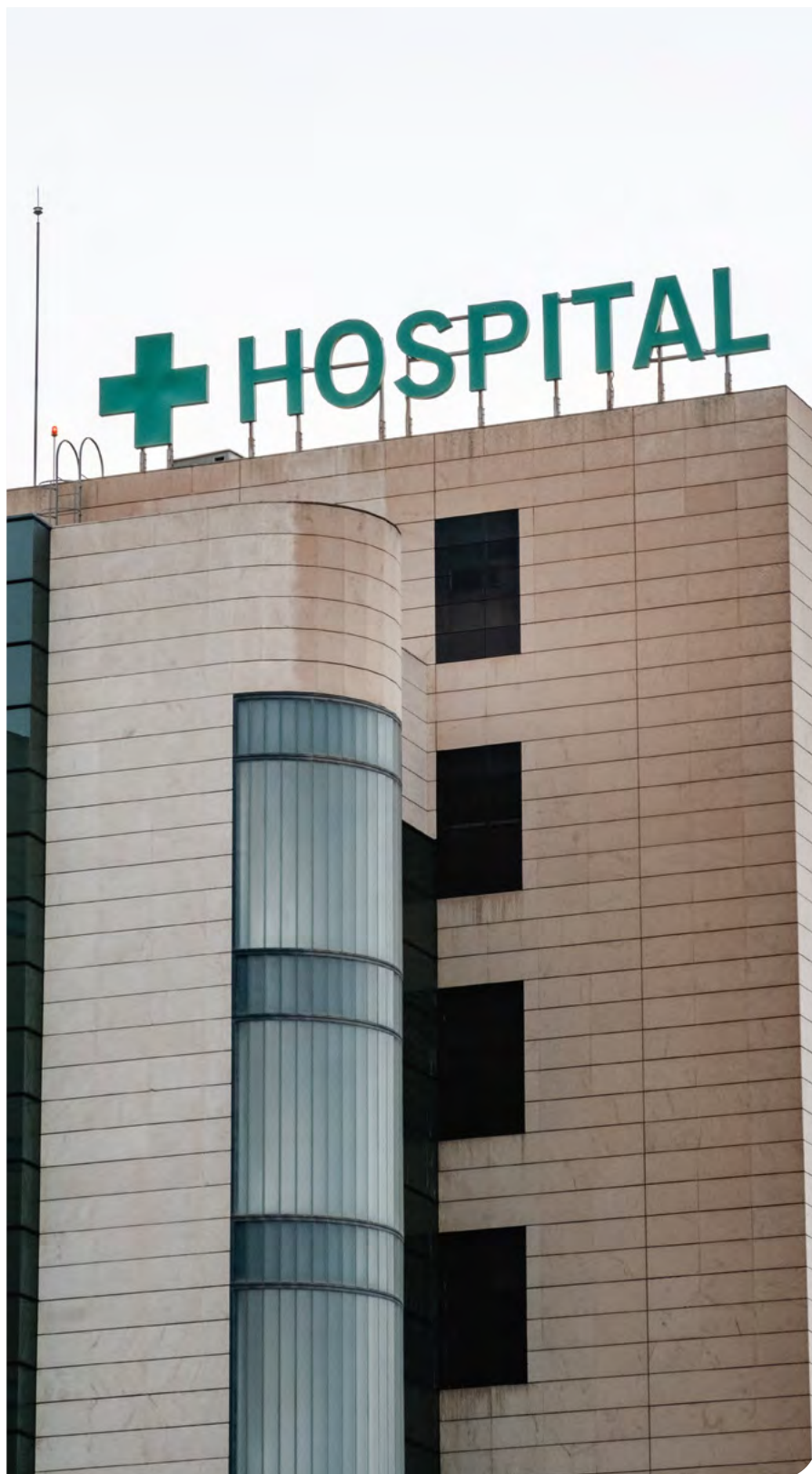
nerario en gestión sanitaria, lo que le sitúa como el primer grado de este tipo en Europa, y el proyecto DPC (Desarrollo Profesional Continuado) SEDISA, en el que se han definido y consensuado los mapas de competencias (técnicas y transversales) del director gerente, jefe de Farmacia Hospitalaria, director médico y está en marcha el perfil del director de continuidad asistencial. En paralelo, se está finalizando el desarrollo de la plataforma web del proyecto y se está llevando a cabo una prueba piloto de la plataforma con varios directores de organizaciones sanitarias. La plataforma permitirá la evaluación de las competencias técnicas y transversales, y articulará la relación entre mentores y mentorizados para guiar el desarrollo curricular de forma cualitativa.

¿Cuáles son las fortalezas de la profesionalización de los directivos?

Junto a la importante formación en competencias técnicas y el conocimiento que aporta la experiencia en la gestión sanitaria, sin duda, es de destacar la fortaleza que debe tener un directivo de la salud en liderazgo. Sólo siendo un líder, el directivo de la salud dirige y gestiona de forma eficiente y con calidad una organización sanitaria, teniendo en cuenta el propio liderazgo, el conocimiento y valor de los profesionales sanitarios, la gran cantidad de personal que se gestiona, la importancia que tienen los presupuestos y la sostenibilidad. Por ello, la eficiencia y, por supuesto, no podemos olvidar que, en definitiva se está gestionando la salud, el bien más preciado del ser humano y un valor social fundamental. Pero en relación a la fortaleza de la profesionalización de los directivos de la salud, también he de destacar el propio compromiso de estos con la formación continuada y con los profesionales sanitarios, el sistema sanitario, los pacientes y la sociedad.

Y, ¿las debilidades?

La debilidad más importante, sin duda, es el poder político. Nos lo demuestran los ce-





ses que ocurren en cargos directivos con los cambios políticos, no solo de partidos sino de las personas que ocupan responsabilidades políticas. No podemos decirle a un servicio regional de salud que elija a uno u otro directivo de la salud para un cargo directivo, pero sí trabajar para que la profesionalización se materialice y se elijan a los mejores y se cese por evaluación objetiva de resultados. Por rendición de cuentas. Y existe otra gran debilidad, que es la falta de relevo generacional. En la actualidad, un porcentaje muy importante de directivos de la salud están en edad de jubilarse o muy cerca de ello. No contamos con profesionales que quieran asumir la gran responsabilidad de un cargo directivo, con sueldos con frecuencia menores, muchísima inestabilidad laboral y muy poco reconocimiento social.

¿Cuáles son los principales desafíos a los que se enfrentan los directivos y gestores?

Todas las organizaciones, no solo las sanitarias, sea cual sea su índole, deben actuar en un entorno VUCA, con volatilidad (V), incertidumbre (U), complejidad (C) y ambigüedad (A). Y dentro de un entorno con esas características, los directivos de la salud tienen diversos y muy importantes desafíos: la gestión eficiente de los recursos humanos, la llegada de nuevas terapias de alto impacto y el acceso a la innovación, la incorporación de los pacientes en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias y el sistema, la digitalización y la incorporación de la inteligencia artificial y, con todo ello, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad. Pero el verdadero desafío es hacer de estos desafíos una oportunidad para liderar la transformación de las organizaciones sanitarias y del sistema hacia la calidad y la eficiencia.

¿Cómo contribuye la Fundación SEDISA a abordar estos desafíos?

Fundamentalmente con la formación innovadora y de calidad. Pero formación desde

un punto de vista global y muy amplio. No solo con programas formativos sino también con los foros de perfiles directivos específicos, en los que se debaten y analizan los retos concretos más relevantes en la actualidad y se proponen y comparten medidas necesarias para hacer frente a esos retos. Es el caso del Encuentro de Direcciones de Gestión y Servicios Generales, Encuentro de Direcciones Médicas, Foro de Integración Sociosanitaria, Foro de Gestión de Servicios de Farmacia Hospitalaria, Foro *Oncology Innovation & Leadership Summit*, etcétera.

¿Qué papel juega la investigación en los objetivos de la Fundación SEDISA?

La investigación en gestión sanitaria es uno de los tres objetivos fundamentales de la Fundación y supone un enriquecimiento del conocimiento y de la calidad en la gestión sanitaria. En este sentido, además de la celebración de encuentros anuales sobre investigación en gestión sanitaria, la Fundación SEDISA cuenta con la convocatoria anual de dos becas de investigación sanitaria de 12.500 euros cada una, dirigidas a proyectos de investigación enmarcados en las áreas temáticas de profesionalización de la gestión sanitaria, mejoras e innovaciones en los procedimientos de gestión y dirección de los servicios sanitarios y eGESTIÓN. Sin duda, la investigación contribuye también a la profesionalización de la gestión sanitaria y de los directivos de la salud.

En estos años, ¿la Fundación SEDISA ha hecho colaboraciones con otras organizaciones sanitarias? ¿Cuáles destacarías?

Sí, dado que la Fundación SEDISA posee una personalidad colaborativa, constructiva y de evolución. Ello solo es posible colaborando con otras entidades del sector. Así, destacaríamos el acuerdo histórico con la Universidad Europea, con la que colaboramos en la ejecución de los programas máster de la fundación. Además, en todos los foros que celebramos contamos con moderado-

res y ponentes en representación de otras entidades del sector. Y en foros concretos, como el Foro de Gestión de la Farmacia Hospitalaria, colaboramos con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Ya para terminar, ¿hay algún proyecto de la Fundación SEDISA que quiera destacar?

La Fundación SEDISA trabaja en la creación de proyectos innovadores para cada uno de los objetivos fundacionales, en el análisis de situación para el planteamiento y desarrollo de proyectos *ad hoc* que respondan a las necesidades detectadas y en el desarrollo de alianzas estratégicas. En consecuencia, seguiremos desarrollando las acciones y proyectos previstos desde la Fundación. Pero, además, la Fundación SEDISA ha renovado recientemente su Plan Estratégico, que contiene diferentes proyectos, como la elaboración de un manual de gestión sanitaria, sesiones formativas con un enfoque de buenas prácticas y metodología del caso, la formación en competencias, un estudio internacional sobre tendencias en formación y profesionalización de la gestión sanitaria, un posicionamiento sobre necesidades y medidas prioritarias en investigación en gestión sanitaria y un sondeo sobre implementación de los ODS y el OneHealth en las organizaciones sanitarias ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)



SOMOS formación



El Médico
Interactivo
from Medscape

Formación sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



La AP precisa
de inversiones
sostenidas
con planificación
estratégica
a largo plazo

Emilio Velasco Castañón

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)
por Asturias

Texto | Nekane Lauzirika

Foto | SEDAP



“La AP precisa de inversiones sostenidas con planificación estratégica a largo plazo”

Aunque tras la pandemia se han hecho progresos en la identificación y tratamiento de algunas de las carencias en Atención Primaria, muchos problemas estructurales y de recursos continúan sin resolverse completamente. “La necesidad de inversiones sostenidas y una planificación estratégica a largo plazo es crucial para mejorar la fortaleza y la eficacia del sistema sanitario”, sostiene en la entrevista con EL MÉDICO, Emilio Velasco Castañón, vocal de la SEDAP por Asturias.

La pandemia de COVID-19 mostró carencias de nuestro sistema en AP. Dos años después, ¿están diagnosticadas correctamente y en vías de solución?

La pandemia de COVID-19 evidenció significativas deficiencias en el Sistema Nacional de Salud y también en AP. Se ha generado un gran debate sobre las medidas necesarias para mejorarlo, especialmente en áreas críticas como la Salud Pública. Dos años después se han abordado algunos problemas, aunque otros persisten. Durante la pandemia, las listas de espera se alargaron y muchos pacientes experimentaron demoras prolongadas para recibir atención médica. Aunque se han realizado esfuerzos para reducir estas listas, todavía el 74 por ciento de los españoles esperan hasta 10 días para ver a su médico; se necesita mejorar la accesibilidad y rapidez de la atención. La pandemia impulsó el uso de la telemedicina como una alternativa para mantener la atención médica durante los confinamientos. Sin embargo, aunque la atención online ha sido un avance positivo, no es válida para todo, porque la consulta presencial es imprescindible para la práctica y la relación con el paciente. Se han realizado progresos, pero queda mucho camino para contar con una AP fuerte y eficaz.

¿Desde la SEDAP creen que estamos preparados para atender a la cronicidad disparada y el alza de pluripatológicos?

El envejecimiento y el consiguiente aumento de enfermedades crónicas y plu-

ripatologías plantean retos significativos para el sistema sanitario. Actualmente, alrededor del 88 por ciento de las personas mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica y se espera que esta cifra siga aumentando. Este crecimiento de enfermedades crónicas y pacientes pluripatológicos implica una mayor demanda de recursos en AP y hospitales, consumiendo hasta un 30 por ciento de los recursos disponibles. El sistema sanitario español no está completamente adaptado para enfrentar el envejecimiento de la sociedad y es necesario orientarlo, buscando el Sistema Sanitario hacia la cronicidad, buscando transformarlo con un enfoque más integral y preventivo, involucrando no solo al sector sanitario sino también a los servicios sociales, la prevención de factores de riesgo y los programas de educación para la salud.

¿Qué otras medidas serían precisas para adaptarse a esta realidad?

Las medidas pasarían por reforzar la AP, creando equipos multidisciplinares, y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, con modelos que busquen coordinar mejor los cuidados. También es importante incrementar el número de profesionales de enfermería y fomentar la atención domiciliaria; y asegurar la continuidad y mejorar los resultados en pacientes crónicos. Todo pasa por la humanización de la asistencia sanitaria, con perspectiva biopsicosocial en la atención a los pacientes crónicos, fomentando la comunicación entre el

sector sanitario y social para una atención más integral y humana. Y es necesaria la total digitalización del sistema, incluida la implementación de la historia clínica compartida y el uso de telemonitorización, además de mejorar la gestión y seguimiento de los pacientes crónicos.

¿Mejorar el primer nivel asistencial es solo cuestión de más presupuesto?

La AP continua infrafinanciada; aunque ha mejorado. La diferencia con países de nuestro entorno con un modelo de sistema de salud semejante al nuestro es todavía notable. Según la OCDE, en España se dedica el 20 por ciento del presupuesto a la AP y el 46 por ciento a la atención hospitalaria, siendo muy inferior el destinado al sistema sociosanitario. Si bien en todos los países es mayor lo dedicado a la atención hospitalaria, esa horquilla es menor en la mayoría, con una mayor financiación de la AP; si, además, tenemos en cuenta que el porcentaje de PIB dedicado a Sanidad está por debajo de la media de la UE, la conclusión es clara: no existe un problema de gasto, sino de financiación. Pero solucionar los problemas del sistema sanitario no es una cuestión únicamente de más inversión, aunque sea una parte crucial, porque enfrenta una serie de desafíos complejos que requieren un enfoque múltiple.

La gestión sanitaria necesita de buenos administradores. ¿Se cuida y prepara con mimo a los gestores de AP?

La profesionalización de los directivos sanitarios en España es un proceso esencial para mejorar la eficiencia y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Los directivos no solo deben tener las competencias técnicas necesarias, sino que deben

ser elegidos con criterios de transparencia, mérito y capacidad, alejándose de la politización de sus cargos. La despolitización de los nombramientos junto con las evaluaciones objetivas basadas en resultados asistenciales, económicos y de liderazgo es fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. Esto requiere del desarrollo de competencias específicas en aspectos como: la creación de programas formativos específicos, el grado en gestión sanitaria, el desarrollo de una carrera profesional que evalúe y certifique las competencias, establecer los conocimientos, habilidades, actitudes y desempeños necesarios para los distintos perfiles directivos y mejorar la transparencia en los procesos selectivos, asegurando que los directivos sean evaluados y seleccionados en función de criterios objetivos y verificables. La formación especializada y la certificación contribuyen significativamente a mejorar la calidad de la gestión de los servicios de salud. El desarrollo de competencias en este campo es crucial para Sistema Nacional de Salud.

Medios materiales, atención online, tecnología, IA... ¿En qué nivel de actuación diría que debiera colocarse la atención sanitaria en estos aspectos en AP? ¿es buena la dotación tecnológica en AP?

El uso de telemedicina y consultas virtuales ha demostrado ser efectivo, especialmente durante la pandemia de COVID-19, mejorando el acceso y reduciendo las cargas de trabajo en AP, permitiendo atender a pacientes con movilidad reducida o en zonas rurales. Si bien en ningún caso puede sustituir a la consulta presencial, se trata de una herramienta complementaria en todo caso. La dotación de los centros de AP con equipamiento avanzado, como ecógrafos portátiles, telemedicina y dispositivos

de diagnóstico remoto, es esencial. La inversión en estas tecnologías mejora la capacidad resolutoria de AP, reduce los tiempos de espera y aumenta la satisfacción de los pacientes. Las plataformas digitales de gestión de pacientes son también una herramienta valiosa para mejorar la

eficiencia en el control de pacientes con procesos crónicos. Además, estas tecnologías pueden utilizarse para la educación del paciente, permitiéndoles gestionar mejor su salud y promoviendo su participación en el propio cuidado, lo que es clave para la prevención y gestión de enfermedades. Es necesaria la inversión en infraestructura y modernización en AP, junto con la formación y capacitación adecuada de los profesionales. Los programas de formación continuada deben incluir el uso de herramientas digitales e innovaciones tecnológicas.

La actual relación AP-Atención Hospitalaria, ¿es buena, regular, muy mejorable? ¿Cómo cree que debiera ser?

Calificaría la relación como buena, porque ha mejorado en los últimos años. Persisten problemas, fundamentalmente por las diferencias en la cultura organizativa entre los distintos niveles de atención y la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales. La fragmentación del sistema de salud, las barreras burocráticas y la falta de recursos son algunos de los obstáculos principales, junto con la sobrecarga de trabajo en AP y la presión asistencial en los hospitales. Una integración eficiente entre la AP y el hospital tiene un impacto significativo en la salud del paciente; la colaboración estrecha y el intercambio de información clínica entre ambos permite una gestión más precisa y una atención más personalizada, especialmente en las enfermedades crónicas. La adecuada gestión de las transiciones de cuidado

entre la atención hospitalaria y la primaria es fundamental para reducir las tasas de reingresos, disminuyendo hasta un 20 por ciento los mismos. Las rutas asistenciales estandarizadas con protocolos consensuados y el uso de tecnología para gestionar las derivaciones reducen tiempos de espera y evitan duplicidades en pruebas diagnósticas. Los programas de formación conjunta y las rotaciones entre ambos niveles de atención también fomentan la comprensión mutua y mejoran la atención. Cualquier avance en la coordinación de la atención mejora los resultados en salud y reduce los costes sanitarios. Este enfoque debe centrarse en el paciente, asegurando que sus necesidades y preferencias guíen todo el proceso de atención.

Estos últimos años, ¿la entrada de la Medicina privada en la Sanidad española se está reflejando en AP? ¿Supone un reto, un acicate, una competencia, un complemento...?

Existen dos planteamientos en la pregunta. El primero, es sobre el aumento de la actividad privada en el sector salud. Esta es una actividad que ha experimentado un incremento considerable en los últimos años por la creciente demanda de servicios de salud, junto con la insuficiente capacidad del sistema público para satisfacerla. Otro aspecto es el modelo de provisión de los servicios del Sistema Nacional de Salud y la provisión pública de dicho servicio por proveedores privados. Esto nos lleva a un debate sobre la equidad y la accesibilidad, ya que la atención sanitaria privada puede aumentar las desigualdades existentes. La Medicina privada tiende a centrarse en tratamientos curativos en lugar de actividades preventivas. La prevención y la promoción de la salud son fundamentales para abordar las enfermedades crónicas, que representan una carga creciente para los sistemas de salud. La expansión de la Medicina privada puede desviar recursos y atención de los esfuerzos preventivos y también puede llevar a la medicalización excesiva y a un enfoque hacia la rentabilidad económica. Otro aspect-



GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA

Emilio Velasco Castañón

to a tener en cuenta es que ambos sistemas compiten por profesionales de la salud, actualmente escasos. Esta migración podría comprometer la capacidad del sistema público para mantener sus niveles de servicio, especialmente en áreas rurales o menos rentables, donde la presencia del sector privado es menos pronunciada. Los modelos correctos de colaboración público-privada pueden optimizar el uso de recursos y mejorar la eficiencia del sistema de salud en ciertos ámbitos como nuevas terapias y tecnologías médicas. Es necesario establecer mecanismos claros y definidos de cooperación y comunicación entre el sector público y el privado.

¿Ante estos retos a los que se enfrenta el sistema asistencial, la atención sanitaria y la social pueden mantenerse sin conexión?

Enfrentarnos a los grandes retos actuales como el envejecimiento y la cronicidad nos lleva necesariamente a mejorar la coordinación con los servicios sociales. La ausencia de protocolos unificados, las diferencias en los sistemas de información y la falta de interoperabilidad para la coordinación entre los servicios sociales y la AP junto con la rigidez de las estructuras organizativas, genera ineficiencias en la atención a los

Aunque ha mejorado, la AP continúa infrafinanciada

pacientes, duplicando las actuaciones. Es necesario crear protocolos comunes de actuación conjunta y desarrollar plataformas de intercambio de información digitalizadas para una mayor cohesión; y desarrollar un sistema único de historia clínica compartida accesible para ambos sectores. Todo ello contribuiría a mejorar esa coordinación. También es necesaria la formación de los profesionales en ambos sectores, crear equipos formados por médicos, trabajadores sociales, enfermeros y otros profesionales que faciliten la integración de actuaciones, evitando duplicidades. La coordinación de casos ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la integración entre

servicios sociales y AP, actuando como enlace garantizando que los pacientes reciban una atención continua y adecuada. Los programas de atención domiciliaria integrada también pueden mejorar esa coordinación, promoviendo un enfoque centrado en el paciente.

¿Es viable nuestro sistema de salud universal, gratuito y de aceptable calidad?

El gasto sanitario público ha aumentado un 3,8 por ciento anual, superando el crecimiento del PIB; pero los gastos sanitarios están creciendo más rápido que los ingresos, lo que amenaza la sostenibilidad a largo plazo. La combinación de una población envejecida y el aumento de los costos de las nuevas tecnologías son determinantes en esa amenaza a la sostenibilidad. El envejecimiento de la población es un desafío para la viabilidad del sistema de salud en España. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son cruciales para la sostenibilidad del sistema; fomentar estilos de vida saludables, la detección temprana de enfermedades, las vacunaciones y la prevención de enfermedades crónicas son estrategias necesarias para

disminuir el impacto económico del envejecimiento. Una AP fuerte y accesible mejora los resultados en salud, además

de evitar complicaciones y hospitalizaciones costosas y optimizar el uso de recursos. Invertir en AP es en esencia fortalecer la sostenibilidad del Sistema Sanitario. En cuanto a la incorporación de nuevas tecnologías, es necesario un enfoque equilibrado que priorice las de mayor impacto positivo en la salud pública y la mejor relación costo-eficiente. Es necesaria la revisión periódica de la cartera de servicios sanitarios, evaluando continuamente los tratamientos y servicios cubiertos por el sistema público para asegurar que sean efectivos y coste-eficientes. También es importante desinvertir en servicios que no aporten un valor significativo.

Usted trabaja en Asturias. ¿Tienen en AP los mismos retos que en otras CC. AA.?

Pues sí, creo que los retos son similares al resto de CC.AA.: escasez de profesionales, envejecimiento de la población, cronicidad, listas de espera...También tiene algunas fortalezas, entre las que mencionaría: la red de centros de AP en Asturias se caracteriza por una cobertura geográfica amplia, y están distribuidos de manera estratégica por toda la región, tanto en áreas urbanas como rurales. Un importante enfoque en la prevención y promoción de la salud con algún programa con cierto prestigio nacional. Según las encuestas, la satisfacción de los pacientes con la AP en Asturias es alta, comparable con el de otras regiones líderes en salud en España como el País Vasco y Navarra, de las primeras a nivel nacional.

¿Creen en la SEDAP que hay demasiadas diferencias entre las CC. AA.?

Toda diferencia, por pequeña que sea, entre CC. AA. en cuanto a prestaciones, calidad o cartera de servicios es discriminatoria para los derechos de los ciudadanos y debe ser corregida. En este sentido, es muy importante el papel que tanto el Ministerio Sanidad como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tienen en la coordinación, regulación y garantía de la protección de la salud de todos los ciudadanos ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria



Con tu ayuda puedes hacer sus sueños realidad

¡APADRINA!

Colabora con 70 céntimos al día para cambiar la vida de cientos de personas.







Mascotas para mejorar la calidad de vida del paciente

Los animales domésticos aportan beneficios para la salud física y mental de niños, jóvenes y adultos, porque evitan la soledad, reducen la ansiedad y la depresión, aumentan el ejercicio y, en definitiva, promueven un estilo de vida saludable.

Texto | Eva Fariña

Fotos | Hospital Vithas Aguas Vivas y
Hospital Universitario 12 de Octubre



REPORTAJE

Mascotas para mejorar la calidad de vida del paciente

La calidad de vida del paciente es un concepto que cada vez se tiene más en cuenta dentro del sistema sanitario. Entre otras muchas medidas, cada vez es más frecuente recurrir a animales domésticos para acompañar a una persona en el proceso de su enfermedad, especialmente en edades infanto-juveniles.

La Asociación *American Humane Association* ha evaluado el acompañamiento mascota-paciente, mediante el seguimiento de 106 pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer. De ellos, 60 recibieron visitas regulares de perros de terapia.

Los resultados, publicados en el *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, revelaron que los niños que recibieron visitas caninas de terapia mantuvieron estables sus niveles de ansiedad y preocupación relacionados con la enfermedad. Los demás niños se mostraron significativamente más preocupados.

Perros de terapia asistida

Los animales domésticos ofrecen no sólo compañía a sus dueños, sino también múltiples beneficios físicos y emocionales. El hecho de tener un perro, por ejemplo, supone que su dueño debe salir de casa y pasear al menos tres veces al día.

Desde hace muchos años la ONCE prepara a perros-guía para las personas invidentes. En la actualidad, otras instituciones, como Purina, preparan a cachorros para ayudar a su socialización y su educación en el proceso de convertirse en perros de terapia asistida.

La presencia de perros de terapia ayuda a tranquilizar y distraer a los niños en los momentos críticos. Estos animales se preparan de forma especial para, entre otras labores, estar en las salas de espera de consultas externas e interactuar con las familias y los niños. El objetivo es distraerles, hacerles más corta y entretenida la espera. Según los expertos, los pe-

ros despiertan sonrisas y permiten que los niños se olviden de sus problemas por un momento.

Igualmente, las visitas periódicas de perros de terapia a niños ingresados en hospitales ayudan a reducir la ansiedad de los pequeños respecto a su enfermedad.

La experiencia de Aspaysm

La Federación Nacional Aspaysm (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas) recurre de forma habitual a los beneficios de los animales de compañía. Recientemente, su delegación de Cuenca ha realizado una actividad de terapia con perros. En concreto, ha desarrollado una serie de sesiones de acompañamiento a personas con discapacidad mediante estas mascotas, con un “resultado excelente”.

“Los animales ofrecen cariño, compañía y fidelidad que contribuyen mucho al bienestar emocional de quienes lo necesitan”, han comentado desde la Asociación. Por ello, este tipo de sesiones “resultan de gran apoyo para la vida de las personas con lesión medular y otras discapacidades físicas”.

Desde Aspaysm distinguen entre “perros guía, perros de asistencia o de terapia”. En su caso, trabajan con “perros de acompañamiento”. “Los perros adiestrados participan en ciertas rehabilitaciones de discapacidades en las que la movilidad perdida se puede recuperar parcialmente, o directamente estimular”. Sin duda, según los participantes en esta iniciativa, “la mejor terapia en la que aportan su mayor potencial es la emocional”.

El perro puede ser una herramienta para verbalizar sentimientos, dudas, miedos, inquietudes y reflexiones que cuesta que afloren por sí solas. Además, la motivación para volver a salir a la calle y relacionarse de nuevo con las personas es esencial. Así, un perro se considera “un gran estímulo para afrontar el mundo exterior”.

Legislación

La Federación Aspaysm ha celebrado la incorporación de Andalucía a las comunidades autónomas que legislan los requisitos, las ayudas y las condiciones para la adopción de perros de asistencia. Por el contrario, es una cuestión pendiente en Asturias, Ceuta o Melilla.

En este sentido, Aspaysm ha solicitado “la aprobación de una ley estatal que simplifique las normas y facilite la adopción de mascotas para las personas con discapacidad”.

Perros de terapia en Oncología

Los perros de terapia son muy buenos acompañantes de todos los pacientes, pero en el caso de las personas que tienen cáncer suponen un gran apoyo. En este sentido, se han impulsado muchos proyectos de acompañamiento, especialmente de niños tanto ingresados como aquellos que visitan el hospital puntualmente.

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, junto con la compañía Purina, ha desarrollado diversas iniciativas en este ámbito, y ha comprobado que las visitas periódicas de perros de terapia a niños ingresados ayudan a reducir la ansiedad de los pequeños.

También resultan muy beneficiosos para los niños que visitan el hospital, como acompañamiento en salas de espera, ya que favorecen la predisposición de los niños a los tratamientos y reducen sus miedos.

Aparte de acompañar al paciente, los perros de terapia también se entrenan para detectar el cáncer en estadios muy iniciales, gracias a su excepcional olfato. Se calcula que los canes tienen hasta 300 millones de receptores olfativos, unas 60 veces más que un humano.

En este ámbito, la organización benéfica *Medical Detection Dogs* entrena perros para

detectar enfermedades humanas, con la finalidad de conseguir diagnósticos precoces.

Las personas que se dedican a adiestrar y a preparar estos animales para convertirse en mascotas terapéuticas destacan múltiples beneficios. En primer lugar, ofrecen acompañamiento físico y emocional durante todo el proceso.

Los animales, además, ayudan a reducir el estrés y la ansiedad. El hecho de acariciar un perro, jugar con él o simplemente estar a su lado puede liberar endorfinas y disminuir los niveles de cortisol, lo que contribuye a una sensación general de bienestar.

Otro aspecto positivo, como se ha dicho, es que facilita las relaciones sociales. Así, un perro puede facilitar la interacción social durante sus paseos u otras actividades.

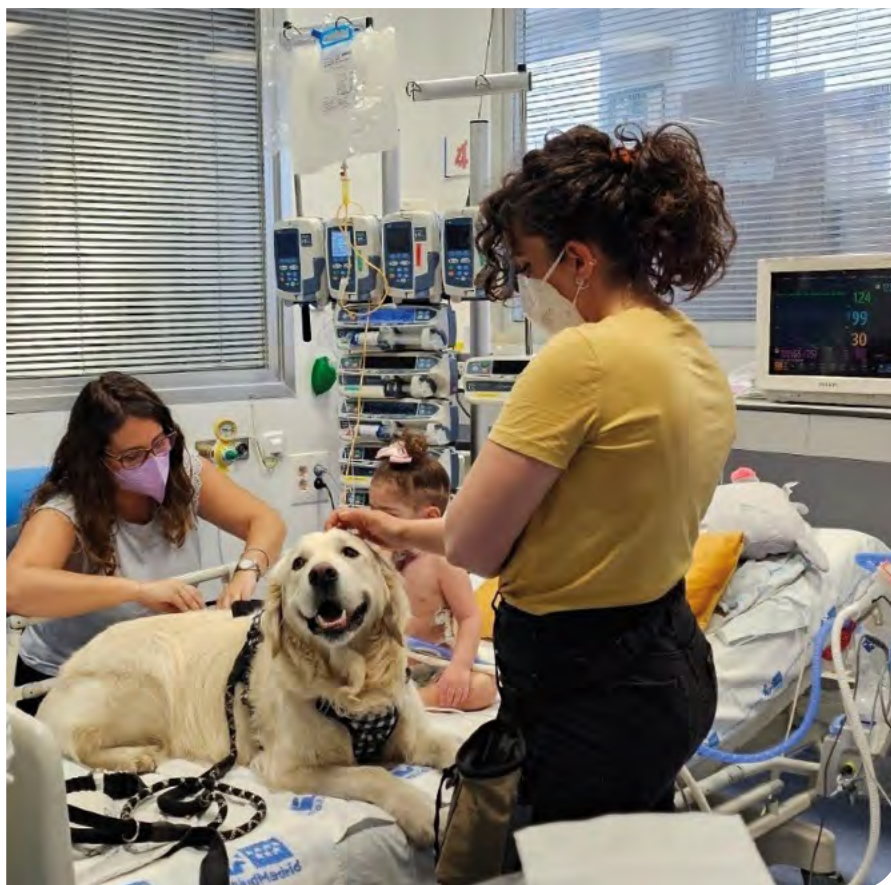
En el plano del dolor, el perro de compañía puede ser muy efectivo para distraer al paciente y, de esta forma, intentar tener la mente ocupada, alejada de su dolencia.

Proyecto Huellas de Colores

Todos estos beneficios se han demostrado en una investigación realizada en unidades de cuidados intensivos de Madrid. Los expertos han observado que las intervenciones asistidas con animales reducen significativamente el dolor, el miedo y la ansiedad en niños ingresados en UCI.

Se trata de una investigación realizada por el Hospital Universitario 12 de Octubre y la Cátedra Animales y Sociedad de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Dicho estudio forma parte del proyecto Huellas de Colores, pionero en España, puesto en marcha en 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y de Reanimación (UCIP) del 12 de Octubre y que continúa en la actualidad, de la mano de ambas instituciones y de la entidad Bitácora.

Las principales conclusiones de esta investigación se han recogido en el artículo



‘Viabilidad de la aplicación de la terapia asistida con animales en una unidad de cuidados intensivos pediátricos: eficacia en la reducción del dolor, el miedo y la ansiedad’, publicado en *European Journal of Pediatrics*.

Los investigadores han analizado variables fisiológicas, como las frecuencias cardíaca y respiratoria, la presión arterial y la saturación de oxígeno, así como el dolor, el miedo y la ansiedad. Para ello, se han empleado escalas validadas, antes y después de cada intervención. En total se han realizado 74 intervenciones en 61 pacientes con edades de entre 4 y 15 años en la UCI Pediátrica del 12 de Octubre.

Menos dolor, ansiedad y miedo

Desde la primera fase del proyecto, impulsada en 2019, se ha cuantificado que los

menores en situación de gravedad experimentaban disminución del dolor de hasta tres puntos tras la visita del perro. Además, se ha observado una reducción del nivel de ansiedad y miedo.

La investigación también ha llegado a la conclusión de que la coordinación entre los profesionales sanitarios y los responsables de las intervenciones asistidas con animales es fundamental y se debe tener en cuenta en el momento de elección de los pacientes candidatos a recibir terapia, así como a la hora de establecer los objetivos terapéuticos.

En concreto, el Hospital 12 de Octubre, la Cátedra de Animales y Sociedad y la entidad Bitácora desarrollan una labor multidisciplinar en la que participan médicos intensivistas, una psicóloga, dos terapeutas ocupacionales expertas y dos perros.



REPORTAJE

Mascotas para mejorar la calidad de vida del paciente

Estímulo terapéutico

“La interacción de los niños con el animal se ha convertido en un estímulo novedoso y emocionalmente atractivo para los pacientes de la UCI Pediátrica del Hospital 12 de Octubre”, han dicho los responsables del proyecto Huellas de Colores. Los niños focalizan su atención en un ser vivo que es cariñoso y amable, lo que les permite expresar sus emociones y olvidar el motivo de su ingreso en el hospital.

En definitiva, los perros aportan “un respiro terapéutico a los niños, ya que con su visita reciben emociones positivas”. Las intervenciones asistidas con animales producen beneficios en el ámbito físico, social, motor y cognitivo del paciente, por ser una fuente especial de motivación.

La Cátedra Institucional de Investigación Animales y Sociedad de la Universidad Rey Juan Carlos estudia desde 2016 el vínculo humano-animal, y como éste puede ser mutuamente beneficioso.

Refuerzo del sistema inmune

Otro proyecto desarrollado por La Paz, en esta ocasión en colaboración con la Fundación Mapfre y la Asociación Española de Pediatría (AEP), ayuda a niños trasplantados y a sus familias. En concreto, estas entidades han publicado una guía que expone los beneficios psicosociales de tener mascotas en hogares de niños trasplantados; eso sí, también analiza los posibles riesgos y ofrece consejos para evitar infecciones zoonóticas asociadas.

La finalidad de este proyecto es garantizar un entorno seguro y saludable para los niños inmunocomprometidos por ser trasplantados, recibir quimioterapia o tener enfermedades del sistema inmune, que quieran convivir con mascotas, a partir de la colaboración entre diversas disciplinas de la salud.

Dentro de este proyecto también se ha desarrollado la aplicación web *Kids&Pets*, con

el soporte de pediatras especialistas en enfermedades infecciosas que tratan niños inmunodeprimidos en el Hospital La Paz, veterinarios del Centro de Investigación en Sanidad Animal del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria, neuropsicólogos y diseñadores gráficos.

Esta iniciativa, en la que participan cerca de 300 familias de niños trasplantados o con inmunodeficiencia, así como más de 500 veterinarios, está liderada por la pediatra Ana Méndez Echevarría, coordinadora del Área de Pediatría e Inmunodeficiencias del Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas y Tropicales de La Paz.

El 46 por ciento de las familias participantes tiene mascotas después del trasplante, sobre todo perros y gatos, pero también aves, reptiles y mascotas exóticas.

Los expertos recuerdan la necesidad de concienciar sobre la importancia de la desparasitación, las visitas regulares al veterinario y la actualización de las vacunas.

La iniciativa apuesta por el enfoque *one health* (una sola salud) al evaluar la relación entre pacientes trasplantados, sus mascotas y el entorno. Además, se incide en la necesidad de colaboración entre profesionales de la salud, veterinarios y expertos en salud ambiental.

Sesiones de canoterapia

La terapia asistida con perros o canoterapia también se emplea en algunos centros hospitalarios Vithas para el cuidado de los pacientes oncológicos. En concreto, el Instituto de Rehabilitación Neurológica de Vithas (Irenea) colabora con la Fundación Aladina para “alcanzar nuevos objetivos terapéuticos y sociales mediante la interacción con perros”. Resulta imprescindible contar con “la ayuda de profesionales cualificados como un elemento más del tratamiento neurorrehabilitador, sin nece-

sidad de salir de las instalaciones del hospital”, como indican desde el centro hospitalario.

Aliciente para acudir a las sesiones

Yolanda Herrero, directora gerente del Hospital Vithas Aguas Vivas, se ha mostrado muy satisfecha de la incorporación de este tipo de terapia dentro del propio centro. “El emplazamiento en el entorno natural del valle de Aguas Vivas hace que nuestro hospital sea idóneo para determinado tipo de tratamientos, a lo que ahora sumamos este tipo de terapia que permite a los más pequeños tener un aliciente más a la hora de acudir a las sesiones”.

Por su parte, Carmen García, directora de neurorrehabilitación pediátrica del Hospital Vithas Aguas Vivas, ha indicado que, tras sufrir un tumor cerebral, “es frecuente que aparezcan alteraciones cognitivas y neuromotrices en niños y adolescentes”. “Estas repercusiones son las que tratamos en el instituto de rehabilitación neurológica de Vithas, como profesionales especializados, para conseguir una mayor y mejor recuperación de todas ellas y la terapia con animales supone para nosotros una herramienta de gran valor ya que, en este caso los perros, suman la parte afectiva a la efectividad de nuestro tratamiento y suponen una motivación extra, e inigualable, para los pequeños consigan cada uno de los hitos marcados por nuestros profesionales”.

Terapias lúdicas con perros

Desde la Fundación Aladina, Lorena Díez, directora de Hospitales, ha recordado que esta organización es pionera “en el empleo de terapias lúdicas con perros en unidades oncológicas pediátricas”. “Estamos orgullosos de proporcionar este servicio, que se ha mostrado muy útil en la mejora del estado de ánimo de los pacientes en unidades neuronales oncológicas. Proporcionan ayudas y mejoras físicas, psíquicas y motoras” ■

farma
SOLIDARIA

 **Reanima
tu Barrio**
PROYECTO A NIVEL ESTATAL

ERES IMPRESCINDIBLE para salvar vidas.

Cada año fallecen 30.000 personas por parada cardiorrespiratoria.

Te necesitamos para poder salvar hasta 8.000 personas cada año.

¡Únete al único proyecto estatal diseñado para generar entornos cardioprotectores!

¿CÓMO PUEDES AYUDAR?

Te formamos a ti y a tu equipo: tu farmacia formará parte de la red **Reanima Tu Barrio**. Y, con tu ayuda, formaremos a las personas de tu entorno. Nosotros nos encargamos.

Dedica 8 horas de tu vida para salvar otra.

Para tu tranquilidad, contamos con:

- *un comité científico experto y acreditaciones oficiales*
- *los mejores formadores y proveedores de equipamiento*
- *todos los seguros, incluido un seguro de responsabilidad civil adicional*

¡FÓRMATE Y SÉ PARTE DE LA CADENA!

Web: <https://www.reanimatubarrio.org>

Mail: reanimatubarrio@farmasolidaria.com

Partners:

BBVA

Cura
Sana

Acreditado por:

 Consejo
Español

 EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

 SeMicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

 RCP
PLAN NACIONAL DE RCP

Comité Científico:

David Peña Otero (enfermero), Pablo Díez Villanueva (cardiólogo), Ángel Huélamo (farmacéutico).





Gemelos digitales

en el **ámbito**
de la **salud**

La tecnología de los gemelos digitales se expande cada vez en el ámbito sanitario permitiendo una medicina más personalizada y eficaz en áreas como la identificación de objetivos farmacológicos o la búsqueda de tratamientos personalizados para cada paciente. Pese a ello, para que esta tecnología alcance todo su potencial, es necesario avanzar en cuestiones como la seguridad de los datos o la capacidad de los *wearables* de medir más biomarcadores en tiempo real, retos para los cuales, avances como la IA o el *blockchain* están resultando fundamentales.

Texto  Silvia C. Carpallo

Fotos  EL MÉDICO



El uso de gemelos digitales (DT por sus siglas en inglés) ha proliferado en diversos campos e industrias, con un reciente aumento en el sector de la salud. En realidad, el concepto de gemelo digital se relacionó con el concepto de fabricación a principios de la década de 2010. En ese momento, se refería a una representación digital de un activo (por ejemplo, objetos físicos, procesos, dispositivos) que contenían el modelo de sus datos, sus funcionalidades e interfaces de comunicación. Ahora, años después, este concepto ha avanzado. No obstante, los gemelos digitales combinados con los avances en Inteligencia Artificial (IA) tienen el potencial de facilitar la integración y el procesamiento de grandes cantidades de datos heterogéneos provenientes de fuentes diversificadas. Por lo tanto, en la atención sanitaria esto puede proporcionar un mejor diagnóstico y apoyo a las decisiones de tratamiento.

Tal y como lo define César Velasco, director de innovación y estrategia digital en Astrazeneca, se entiende por gemelo digital la creación de una réplica digital de un objeto, sistema o proceso del mundo real, para simular, monitorear y analizar el rendimiento de un elemento real en tiempo real. Referido al ámbito de la salud, esta tecnología puede representar el funcionamiento de órganos o sistemas del cuerpo humano, utilizando datos médicos y biométricos. Todo ello permite a médicos y científicos simular y analizar cómo podría responder un órgano o sistema a diferentes tratamientos o condiciones, sin necesidad de intervenciones físicas en el paciente.

Siendo así, la literatura científica existente señala que el concepto de gemelo digital para la salud promete revolucionar todo el sistema de salud, incluida la

gestión y prestación, el tratamiento y la prevención de enfermedades y el mantenimiento del bienestar de la salud. Sin embargo, como exponen desde revistas de impacto como *Nature*, no hay que perder de vista que también plantea desafíos en términos de innovación tecnológica, consideraciones éticas, impacto social y orientación legal.

Diferentes áreas de impacto

Al respecto de cómo va a ser el impacto sanitario de esta tecnología, Iñaki del Río, director de Innovación de Ibermática escribía para EL MÉDICO que en realidad, los gemelos digitales llevan ya algún tiempo desarrollándose en el ámbito industrial, donde un gemelo digital de una planta de producción, o un edificio, o una pieza compleja, aportan evidentes ventajas. Sin embargo, en el caso del ámbito sanitario,

implica un salto cualitativo para la realización de pruebas, en sistemas complejos y caros, reduciendo tanto riesgos como costes y tiempos, con resultados aproximados a los que resultarían de pruebas en entornos físicos.

En este sentido, en un reciente artículo publicado en *Nature*, se analiza como la tecnología de los gemelos digitales pueden tener un gran impacto en diferentes áreas del sector sanitario.

Entre otros, se apuntaba que los DT están acelerando el proceso de identificación de objetivos farmacológicos que tienen más probabilidades de tener éxito. Por otra parte, el concepto de modelos DT virtualmente personalizables para órganos también ha ganado atención y avances. De hecho, el desarrollo de la DT para órganos se ha

extendido a los pulmones, particularmente en el contexto de predecir los requisitos de ventilación y optimizar el resultado del paciente.

Asimismo, en el campo de la oncología clínica, se han propuesto proyectos de gemelos digitales y ejemplos de desarrollo práctico de marcos de gemelos digitales centrados en mecanismos guiados por imágenes y radioterapia adaptativa para gliomas de alto grado. Igualmente, en un estudio reciente, se desarrollaron dadas de gemelos digitales paciente-médico para simular los resultados de la terapia y determinar la selección de tratamiento óptima para el carcinoma orofaríngeo, específicamente si los pacientes se beneficiarían de la quimioterapia y radiación secuencial versus concurrente con alta precisión, entre otros ejemplos.

La conjunción de los DT y wearables

Aunque las posibilidades van en aumento, actualmente, el mayor desafío a la hora de generar gemelos digitales detallados es la potencia computacional y la disponibilidad de sensores que puedan recopilar datos de humanos simultáneamente.

Cabe tener en cuenta que los gemelos digitales son muy adecuados para modelar objetos específicos o sistemas contenidos. Sin embargo, el cuerpo humano es un conjunto de sistemas dinámicos que dependen unos de otros. Como resultado, modelar con precisión un cuerpo humano requiere una gran cantidad de sensores inteligentes y una generosa ayuda de la IA. En el caso de los sensores portátiles, a medida que se analizan más sistemas del

Así será el futuro

Si esta es la realidad, es obvio que el futuro está lleno de posibilidades. En la jornada 'Future of Health: innovation circle, an open discussion', organizada por el Swiss Business Hub Spain y Barcelona Health Hub en la feria CPhI Barcelona 2023, Albert Alsina, director general de ERNI Consulting, afirmaba que "uno de los gemelos digitales más complejos actualmente imaginables es el del cerebro humano". Según ha avanzado, se podrían alcanzar resultados positivos durante 2024.

Precisamente, las perspectiva de futuro de los gemelos digitales la recogía, la analista Alexandra Brema en un artículo de *Signify Research*, una empresa de expertos en tecnología digital de Reino Unido. La misma adelanta que los gemelos digitales para análisis operativos son quizás la forma más prolífica de gemelos digitales que se utilizan hoy en día en la atención sanitaria. Estas herramientas se pueden utilizar para ayudar con la previsión en flotas de equipos, departamentos hospitalarios o vecindarios completos y, en general, implican la capacidad de monitorear una secuencia de eventos que impulsar la oferta y la demanda. Al resaltar las ineficiencias y acelerar las mejoras en los puntos de falla, esto puede tener implicaciones operativas en las capacidades de los equipos, la dotación de personal y los modelos de prestación de atención.

En contrapartida, los gemelos digitales fisiológicos tendrán una barrera de entrada más alta para uso clínico y pueden variar en complejidad. Cabe recordar que en estos escenarios, el *software* de gemelo digital puede ayudar a visualizar y predecir el impacto de nuevas técnicas y soluciones para la intervención quirúrgica. Estos pueden ayudar a informar los diseños y reducir los costos asociados con la creación de prototipos y las pruebas, lo que permite a las empresas llevar productos y servicios al mercado más rápido.

"Para los gemelos digitales operativos, la barrera de entrada es significativamente menor y es probable que la adopción sea más rápida a medida que se demuestre el retorno de la inversión; pese a ello, este mercado también presenta un riesgo significativo para los nuevos participantes. En lo que respecta a los resultados de los pacientes, es posible que veamos el aumento de los gemelos digitales junto con la atención basada en valores. Sin embargo es más probable que estas soluciones se conviertan en productos básicos en plataformas de telemedicina. En conclusión, los gemelos digitales tienen el potencial de tener un impacto en una amplia gama de entornos sanitarios. Si bien la tecnología aún está muy lejos de ofrecer un modelo fisiológico completo y permanente de un paciente, se espera que existan soluciones que impacten el mercado en el corto plazo, con muchas oportunidades", finaliza la experta.



cuerpo humano, se necesitan más sensores. La mayoría de los sensores portátiles cumplen una función específica, por lo que se necesitarían muchos sensores diferentes según el nivel de detalle del modelo deseado, según recoge un artículo publicado en *MDPI*.

De esta forma, según señala este mismo trabajo, cabe tener en cuenta que los gemelos digitales se crean en función de parámetros de sus homólogos físicos. Por ello, contar con sensores adecuados es fundamental para generar un modelo preciso. Siendo así, los sensores son el primer paso para crear un gemelo digital mediante la adquisición de datos que se utilizarán en el modelo. Ha habido casos de uso de equipos como una resonancia magnética para modelado digital; sin embargo, esto no es adecuado para crear un gemelo digital. Y es que, uno de los atributos más útiles de los gemelos digitales es su capacidad de actualizarse continuamente en tiempo real. Esto requiere que los sensores sean capaces de registrar y cargar datos continuamente para garantizar que el gemelo se mantenga actualizado.

En el contexto de la atención sanitaria, los *wearables* inteligentes se utilizan para registrar señales biométricas del paciente. Estas señales provienen de una variedad de fuentes, según las necesidades de los pacientes según lo determinen los profesionales médicos. Siendo así, el avance en el uso de los *wearables* es esencial para el avance en el uso de gemelos digitales.

Por otra parte, este proceso es paralelo a la incorporación de algoritmos de Inteligencia Artificial en el proceso de adquisición y generación de datos, para poder crear un gemelo digital más sólido para la atención médica. De hecho, la IA logra complementar una debilidad que existe cuando algunos conjuntos de datos son demasiado pequeños cuando se recopilan únicamente de sensores portátiles.

Asimismo, hay que destacar que algunos dispositivos portátiles solo se pueden utilizar durante un período de tiempo limitado, lo que genera una cantidad de datos insuficiente para producir un gemelo digital en la etapa inicial. Por lo tanto, la IA se puede utilizar para identificar patrones, generar

datos sintéticos y hacer predicciones basadas en datos recopilados por sensores para ampliar el conjunto de datos utilizado por el gemelo digital.

Retos a tener en cuenta

Más allá de la mejora de los sensores digitales y del desarrollo de mejores algoritmos de IA, la literatura científica también señala otras barreras que deben superarse para que los gemelos digitales puedan usar toda su capacidad. Entre otras, una investigación insuficiente, el costo de los equipos y la garantía de privacidad y confidencialidad.

En concreto, como recoge de nuevo desde *MDPI*, dependiendo de las circunstancias del paciente, puede que no siempre sea factible recopilar datos con dispositivos portátiles durante períodos de tiempo prolongados. Asimismo, los gemelos digitales en la atención sanitaria también pueden generar más vulnerabilidades en los datos del paciente. Por eso mismo, lograr salvaguardar la seguridad de los datos sanitarios es de vital importancia cuando se utilizan gemelos digitales. Igualmente, es necesario contar con un método de verificación adecuado para saber cuándo el paciente o el profesional de la salud acceden a los datos para garantizar la confidencialidad, según se publica en *MDPI*.

A este respecto, ya se están barajando posibles soluciones. Como se señala en un artículo en *PLOS ONE* una opción pasa por proponer un gemelo digital paciente seguro con *blockchain*, que se base en contratos inteligentes para automatizar los procesos de actualización y comunicación que mantienen el gemelo digital. Los contratos inteligentes rigen la respuesta que proporciona el gemelo digital cuando se le consulta, en función de las políticas creadas para cada paciente.

Finalmente, en una hoja de ruta recogida también en otro artículo publicado en fe-

brero de 2024 en *Nature*, se señalan otros retos como el costo y la ética para garantizar una implementación responsable y efectiva de los DT del cuerpo humano. Por otra parte, destaca que las limitaciones y perspectivas de los DT del cuerpo humano están relacionadas con la necesidad de arquitecturas computacionales eficientes y su integración efectiva en entornos clínicos para diagnósticos y tratamientos personalizados.

Ejemplos reales en la práctica clínica

Respecto a cómo está siendo la implementación actualmente esta tecnología y si ya hay resultados evaluables, en una revisión de este mismo junio de 2024 publicada en *Nature*, tres estudios que emplearon gemelos digitales para la gestión de la salud personalizada informaron una efectividad del 80 por ciento. Asimismo, seis estudios se centraron en la precisión de los efectos de la terapia individual utilizando gemelos digitales, demostrando una tasa de efectividad del 70 por ciento.

De hecho, ya existen algunos ejemplos de éxito del uso de gemelos digitales en el ámbito de la salud.

Un ejemplo es el caso de Ibermática, a través de su Instituto de Innovación i3B con el proyecto EDIT-*Emerging Disease Twin*, cofinanciado por Red.es y FEDER, desarrollando un software basado en Inteligencia Artificial y analítica de datos que permita la creación de una herramienta que facilite el desarrollo de gemelos digitales, tanto del paciente, como de los medicamentos/tratamientos disponibles y de las interacciones entre ellos, lo que permitirá mejorar y adelantar en el tiempo el resultado y efecto de las variables relacionadas con tratamientos, vacunas, test, procedimientos clínicos, etcétera, independientemente de la fase en la que estén, ya sea en investigación preliminar, fase preclínica, estudio clínico y demás.

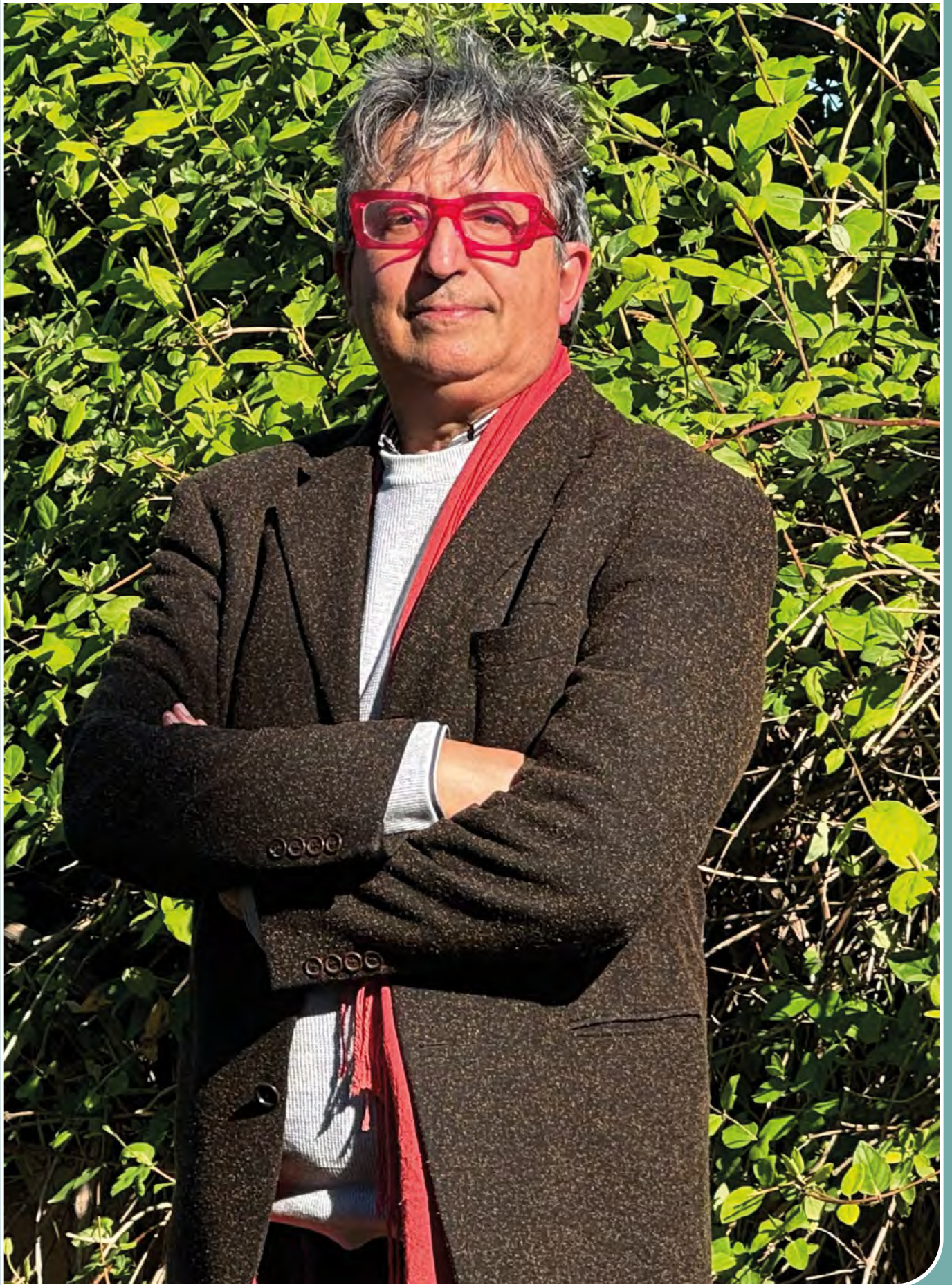
Desde *Healthnology* también aportan algunos ejemplos reales. Entre otros, destacan la experiencia de la *startup* Mesh Bio ofrece diferentes soluciones utilizando análisis predictivos de última generación para mitigar las complicaciones de enfermedades crónicas como la diabetes. Utilizan un *software* que ayuda a los médicos a prescribir medicina de precisión para enfermedades crónicas relacionadas con el metabolismo, como la diabetes. Para ello desarrollan una plataforma de *software* junto con el *software* gemelo digital y el dispositivo médico, que acompaña al paciente en su recorrido desde la prevención primaria y el cribado médico hasta la gestión de enfermedades crónicas, asegura uno de los fundadores de la empresa. Con esta iniciativa buscan cambiar el enfoque del manejo de enfermedades a la prevención.

Otro caso de éxito es el Proyecto Living Heart, que ya ha cosechado muchos éxitos. En la actualidad ya se utilizan modelos cardíacos personalizados como apoyo a tratamientos clínicos, por ejemplo, en operaciones para corregir defectos cardíacos graves en recién nacidos. En este caso, se pueden realizar muchas operaciones virtuales bajo la dirección del médico para determinar el mejor enfoque. Los estudiantes de medicina y el personal de los hospitales, e incluso los pacientes, también se benefician del Living Heart: por ejemplo, el gemelo virtual del corazón puede utilizarse en la educación y la formación en el sector sanitario para entrenar procedimientos quirúrgicos en el mundo virtual. Además, los ciclos de desarrollo y las series de pruebas pueden acelerarse y optimizarse gracias a la simulación. Por ejemplo, es posible adaptar mejor las válvulas cardíacas artificiales a las condiciones de enfermedad de grupos o pacientes individuales con la ayuda del corazón virtual. De este modo, ya no son necesarias muchas de las pruebas físicas en animales o modelos fabricados en laboratorios.

En la línea, el grupo de investigación COR del instituto ITACA de la Universitat Politècnica de València (UPV) ha desarrollado una nueva herramienta capaz de generar gemelos digitales cardíacos a partir de mapeo no invasivo, que ayuda al diagnóstico y tratamiento de arritmias cardíacas. La herramienta se centra, en concreto, en los ectópicos ventriculares, una arritmia que afecta a una de cada dos personas en algún momento de su vida. La combinación de gemelos digitales y mapeos no invasivos propuesta por el equipo de la UPV ofrece al personal clínico una visión única de la arritmia, lo que contribuiría a mejorar el diagnóstico y a ayudarles a determinar el tratamiento más apropiado para cada paciente ■

Fuentes

1. Editorial César Velasco: <https://www.linkedin.com/pulse/gemelos-digitales-en-salud-el-comienzo-de-una-era-c%3%A9sar-velasco-mu%C3%B1oz-gktge/>
2. Healthnology News
3. <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01073-0>
4. <https://www.mdpi.com/2306-5354/11/6/606>
5. <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01146-0>
6. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286120>
7. <https://www.nature.com/articles/s44287-024-00025-w>
8. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-020-01623-5>
9. <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/widm.1480>
10. <https://www.signifyresearch.net/insights/digital-twins-the-mirror-to-the-future/>
11. Europa Press
12. EL MÉDICO INTERACTIVO



Sin la
Medicina,
no habría
podido
enfrentarme
a la vida”

José Carlos Somoza

Psiquiatra y escritor

Texto | Javier Granda Revilla

Foto | José Carlos Somoza



“Sin la Medicina, no habría podido enfrentarme a la vida”

José Carlos Somoza es uno de los escritores más premiados de España. Ha ganado, entre otros galardones, el premio La Sonrisa Vertical, el premio Café Gijón, el Fernando Lara y el Hammett. Además, ha sido finalista del premio Nadal. Nacido en La Habana en 1959 y residente en España desde 1960, estudió Medicina y Psiquiatría, actividades que abandonó en 1994 para dedicarse por entero a la literatura.

Comencemos hablando de su próximo libro: ¿podremos leer el final de la trilogía del señor X?

Eso espero, estoy escribiendo el final, llevo ya bastante avanzado y estoy contento.

¿Es la primera trilogía que escribe?

Sí, representa un reto. Y también es una experiencia nueva. Las dos primeras partes han sido muy bien recibidas, los lectores han quedado a gusto con los personajes y esa es una de las piezas fundamentales para que la tercera parte funcione.

¿Es estimulante viajar a la Inglaterra victoriana y mezclar personajes reales con personajes inventados?

Lo realmente estimulante es que se dejen atrás los teléfonos móviles. En la narración, siempre es importante tener cuanta más libertad mejor y es verdad que he desarrollado narraciones en épocas actuales. Pero me siento un poco constreñido por las ventajas tecnológicas al narrar. El ser humano ha cambiado, ya no estamos solos: seguimos sintiéndonos solos -y probablemente más solos que nunca- pero no estamos solos. Estamos acompañados de millones de

personas conectadas a través de redes, que no conocemos y a los que probablemente importamos pocos. Pero qué duda cabe que es un cambio a la hora de representar un personaje y establecer conexiones entre el personaje y su mundo. Y más aún en una novela de suspense. Con estas novelas me siento liberado. Y eso lo necesitaba.

Sus libros nos han llevado a la antigua Grecia o a la España de hace 80 años. ¿La trama la decide el contexto histórico o imagina el tiempo en el que transcurre la novela y ubica la trama allí?

Todo está relacionado: la trama no viene sola. Por ejemplo, en *La caverna de las ideas*, no existían ni siquiera las convicciones religiosas que tenemos. Ahora, sobre todo son religiones monoteístas. Entonces, se creía en los dioses y en la mitología, que hoy parece un cuento. Todo esto influye en los seres humanos y qué duda cabe que los temas van a la deriva a la época. Sin embargo, novelas como *Zig Zag*, que se desarrollan en un presente inmediato, necesitan una sociedad acorde con lo que estaba inventado en ese momento. No servía una sociedad antigua, tenía que ser moderna porque había que demostrar que la modernidad nos ha traído cosas buenas, pero que nos ha traído también desafíos extraños que no comprendemos y que no somos capaces de admitir.

¿Qué libro suyo recomendaría a alguien que no le haya leído?

Siempre recomiendo los que han gustado más a los lectores, como *La caverna de las ideas*, porque tiene una trama doble: es un thriller histórico con asesinatos en tiempos de Platón, con una subtrama con las notas del traductor, que es un personaje más. Se supone que está traduciendo del

griego, pero se involucra dentro de la novela. Cuando la publiqué tuve mucho miedo, lo confieso.

¿Por qué?

Porque es una novela extraña: hubo quien me dijo que le gustaba, pero que no la comprendía muy bien. Cuando pregunté si había leído las notas a pie de página me dijo que no, y son fundamentales. Y, al final, resultó el éxito más grande que tenido en mi vida, ha sido traducida a más de 40 idiomas y siguen llegando traducciones en árabe, en chino en diferentes caracteres... He viajado por todo el mundo gracias a esa novela y me sigue trayendo enorme felicidad y gratificación.

¿Qué otros libros suyos recomendaría?

Además, de esta novela, recomendaría otras que les han gustado a los lectores como *Clara y la penumbra* -que tiene muchos fans-, *Dafne desvanecida*, *Zig Zag* y la trilogía de *Estudio en Negro*, que ha gustado mucho. Me han comentado conocedores de la obra de Sherlock Holmes que es una de las mejores representaciones de Conan Doyle que han leído. Es un honor y una alegría, porque no tratan de Sherlock, pero habla de su autor y cómo se le pudo ocurrir ese Sherlock Holmes en un momento determinado.

¿Tiene ya título la tercera entrega?

No, no suelo ponerlo hasta terminarlo.

Varias de sus obras se han publicado en diferentes formatos, como teatro radiofónico o, incluso, exposiciones y el cine. ¿Cómo es esa experiencia?

Es maravillosa, se la recomiendo a todos los autores.

¿Y qué le diría a los autores que han tenido una experiencia mala en este sentido?

No puedo ponerme en la piel de todos mis compañeros. Pero, si vale algo mi opinión, quizá se debe, a veces, a demasiada presunción: piensan que sus novelas no pueden llevarse al cine o a teatro radiofónico, a teatro o a cine. ¡Pues claro que puede hacerse, el arte es intercambiable! Lo único que ocurre es que el resultado no es del autor, es de quien lo adapte. Me parece muy bien que cada uno cuide su obra, pero hay esa idea de “a mi niño que no lo toque nadie, que es mío”. Yo no, yo pienso que el arte es para todo el mundo: una vez que se crea, es de todos los demás y tiene que estar libre para que, al contrario, estimule la imaginación de todos aquellos que quieren hacer arte sobre el arte. A fin de cuentas, todos escribimos libros sobre otros libros y también podría Cervantes quejarse de la cantidad de imitaciones, pseudo-imitaciones, arreglos y versiones que llevan tanto su nombre como el de sus personajes (o que no lo llevan) Y siguen siendo las aventuras de una persona medio loca que se mete en el mundo a descubrir que los molinos son gigantes.

En este sentido, en su novela *El origen del mal* uno de los personajes dice que los libros nunca están en crisis. ¿Nos nutrimos de libros constantemente?

Sí. Y ya que cita ese título, lo añado a los que recomiendo a los lectores.

¿Cuál fue su origen?

Fue una de mis novelas tardías. Sorprendió a muchos lectores, porque estaban acostumbrados a que mis libros eran novelas extrañas, mezclando ciencia ficción con thriller y fantasía. Pero *El origen del mal* es una novela muy realista que tra-

ta la historia de un espía franquista en la época de cesión del Protectorado de Marruecos. El mundo de los espías estaba muy revuelto en aquella época y España -y, sobre todo, esas zonas españolas del Estrecho- eran clave en el ajedrez mundial. Y lo siguen siendo. Leí la biografía de un auténtico espía y me inspiró la novela, que gustó. Muchos lectores me dicen que me conocieron por haberla leído. Escribirla fue una experiencia nueva porque hablé de algo muy realista, sin salirme de esos cánones.

¿A pesar de ser tan distinta, se relaciona con otras de sus novelas?

Sí, por la importancia que le doy a la literatura como ayuda para salvarnos. Es la única que disponemos para hacerlo en tiempos de crisis. Es la única brújula que disponemos para dirigirnos en la dirección correcta. Eso se ve en *La caverna de las ideas*, en *Dafne desvanecida* y en *El origen del mal*.

Una de las frases que repite es que los escritores están para hacer ver lo que no se quiere hacer ver. ¿Es complicado hacerlo?

Lo señalo siempre, a pesar de que la literatura es inútil. Y ahora lo explicaré: es inútil y, al mismo tiempo, no debemos renunciar a la misión que cada escritor tiene. Parece una paradoja, pero es así.

¿A qué se refiere?

Yo lo comparo a una herramienta: la literatura puede ser una herramienta, pero no es la herramienta que tú crees que es. Si tú creas un martillo, servirá para una cosa. Pero, en literatura, no puedes decidir de antemano para qué va servir, porque escribes un libro creyendo

que vas a transformar la sociedad y no lo consigues. O escribes un libro creyendo que a la sociedad le va a traer al pelo y la transformas. Y no solamente la transformas, transformas la Humanidad entera. ¿Eso es útil? Bueno, pues depende. No desde el punto de vista del autor, que no puede decidir de antemano. ¿Eso significa que debemos renunciar a nuestro propio yo, a lo que queremos decir, a señalar lo que queremos señalar? No, para nada. Tú las señalas, aunque después puede que consigas lo contrario a lo que pretendías. Pero eso no tiene nada que ver: has comprometido tu novela y la has convertido en un puntero con el señalar. Y, si la gente cuando ve ese puntero mira hacia el otro lado, servirá precisamente para que miren al lado contrario al que tú apuntas. Sin querer ser orgulloso, hay que reconocer que la buena literatura es profunda y cambia. ¿En qué sentido? No lo sabemos, pero es una de sus maravillas.

¿Cuándo comienza a escribir?

Muy temprano por la mañana, a las seis de la mañana, que es cuando se me ocurren más ideas. Me encanta levantarme temprano, tengo la sensación de que tengo todo el día para mí y que soy el Rey de la Creación. Y termino cada vez más pronto, porque empiezan a ocurrírseme menos ideas (ríe).

¿Empezó a escribir de niño?

Sí, no recuerdo otra cosa. Lo hice sin que nadie me lo dijera, nadie me dijera que era bonito lo que hacía y que a nadie le importara. Y, lo que creo más importante: no me importaba ni a mí.

¿Qué quiere decir?

Cuando yo escribía, lo hacía porque me gustaba, no era un deber. No esperaba nada a cambio. Esa es una buena enseñanza para un escritor: tenemos que escribir

Uno nunca deja de ser médico

La Psiquiatría me enseñó a poder hablar de los seres humanos con libertad



ENTREVISTA/SIN COLGAR LA BATA

José Carlos Somoza

porque nos gusta. Es algo que he hecho toda mi vida y, cuando me di cuenta, dejé de ejercer la Medicina. Pensé que me iba a dedicar a lo que me gustaba.

¿Cómo ha influido la Medicina y la Psiquiatría en su obra?

Si me hubieran hecho esta pregunta hace 20 o 30 años habría respondido que no había influido tanto porque, en el fondo, soy la misma persona que se hizo psiquiatra y médico y, a la vez, se hizo escritor. Me interesaba el ser humano. Y punto. Pero, pasado este tiempo, me he dado cuenta de que estaba equivocado y que sí ha influido, evidentemente. La Medicina me ha enseñado muchas cosas. Y también la Psiquiatría.

¿Algo en particular que quiera destacar?

La Medicina me ha enseñado algo importantísimo: sin ella no habría podido enfrentarme a la vida. De no haber sido médico, tendría que haber pasado una guerra para enfrentarme a lo que yo me enfrenté en Medicina, que es a lo que se enfrenta todo médico.

¿Por qué?

Porque todo médico se enfrenta a la muerte, de una manera distinta a cualquier otro oficio, ni siquiera un forense o un anatómo-patólogo: el médico se enfrenta a ese niño que va a morir de una enfermedad incurable, o a ese adulto que va a morir, te coge de la mano y dice que no le abandones, porque ese es su último momento. Cómo no va a ser eso importante a la hora de escribir... Lo más importante de la vida es la muerte.

¿Y si no hubiera sido así?

No hubiera conocido la muerte, porque vivía en una familia con un padre oficinista, siendo hijo único y en un país en plena

Transición. Me hubiera perdido gran parte de la vida y se lo tengo que agradecer a la Medicina, que es una de las cosas más hermosas que puede realizar el ser humano. Uno nunca deja de ser médico.

¿Y qué le enseñó la Psiquiatría?

También me enseñó los recovecos de la mente humana, de la enfermedad. De cómo se parece la enfermedad mental a los seres humanos llamados "normales". Me hizo saber que podía escribir sobre cualquier cosa, porque los seres humanos somos enormemente complejos y tenemos un abanico de cosas por dentro, donde no podemos señalar si una persona es normal y otra no. La Psiquiatría me enseñó a poder hablar de los seres humanos con libertad.

¿Está al tanto de los avances médicos?

Antes más, cuando mi esposa trabajaba como psiquiatra. Pero ahora se ha jubilado. Cuando se publicaba en España la revista *Investigación y Ciencia* -la filial de *Scientific American*- yo la seguía. De hecho, me convertí en un verdadero devorador de sus contenidos durante muchísimo tiempo. Y lamento mucho que haya dejado de publicarse, la leía con verdadera fruición. Me encantaba estar al día en la Medicina y en la Ciencia y estoy valorando pasarme a la revista estadounidense. He seguido con mucho interés los avances científicos, me parece obvio.

¿Por qué?

Porque lo que se conoce científicamente es, en parte, lo que somos. Y, en parte también, aquellas cosas que importan al escritor: es completamente absurdo escribir sobre el amor y, por otra parte, que estén haciendo experimentos con enzimas y

con hormonas, viendo qué se altera cuando se está enamorado. Ese doble camino que hemos elegido, malamente, escritores y científicos tiene que reconciliarse algún día. Y ya hay escritores que lo están intentando y tiene que haber más, porque la humanidad tiende más a conocer lo que es, científicamente, el ser humano. Y eso no puede permanecer al margen de las inquietudes de los escritores del siglo XXI.

Comenta que su mujer se acaba de jubilar. ¿Se lo plantea hacerlo usted también?

No, de escribir nunca (ríe). Dicen que hay que morir con las botas puestas, yo moriré con la pluma puesta. Me jubilaría si mi cerebro se deteriorara y no pudiera escribir. Pero, mientras pueda, escribiré. Una de las cosas buenas del escritor es que solo necesita un papel y ya ni siquiera pluma: se puede hasta dictar y un aparato transforma todo en palabras. Incluso se están inventando chips para transformar los pensamientos en palabras.

Para acabar, en una de las notas a pie de página de *La caverna de las ideas* usted escribió que la mentira es privilegio del escritor, ¿se siente un privilegiado?

En parte sí (ríe) Y, además, muchas veces, los lectores me preguntan si lo que escribo es verdad o no. Yo respondo siempre una ambigüedad. No lo llamo mentira, lo llamo ficción. En el fondo, es una mentira, pero también es una ficción: no son ganas de engañar, son ganas de inventar, que es distinto. Y ahí sí soy un privilegiado, porque estoy inventándome otras posibilidades y los lectores se quedan a veces fascinados, porque esas posibilidades les resultan asombrosas ■

Con agradecimiento a la librería Estudio en Escarlata de Madrid, por su ayuda en la gestión de esta entrevista.

Solidaridad empieza por



Envía un SMS al
28014
con la palabra
MANOSUNIDAS

Estarás donando
1,20€
para combatir
el hambre y
la pobreza en
el mundo

S *eamos* **M** *ás* **S** *olidarios*





PILAR RODRIGUEZ LEDO

30^º Congreso Nacional de



MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA

13 al 15 de Junio 2024

A CORUÑA

"Marcando
el rumbo"

SEMG aborda los desafíos tecnológicos de la Medicina rural

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ha organizado en A Coruña su 30º Congreso Nacional, en el que ha reunido cerca de 2.500 médicos de familia procedentes de toda España. Entre otros temas, se han analizado los desafíos de la Medicina rural y la implantación de las nuevas tecnologías en las consultas de Atención Primaria, especialmente los programas de Inteligencia Artificial (IA). Pilar Rodríguez Ledo, presidenta de SEMG, ha anunciado “una línea estratégica que se desarrollará durante los próximos cuatro años” para analizar y afrontar los desafíos personales, laborales, y, especialmente, tecnológicos de la Medicina rural.

Texto  Eva Fariña

Fotos  SEMG / E. F.



REPORTAJE

SEMG aborda los desafíos tecnológicos de la Medicina rural

Con el lema ‘Marcando el Rumbo’, la SEMG ha celebrado su 30º Congreso Nacional en A Coruña, donde se han congregado más de 2.400 médicos de familia, mientras que otros 1.500 profesionales se han conectado a las ponencias de forma virtual. En esta edición, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia ha hecho un homenaje a la Medicina rural y a los médicos que trabajan en entornos alejados de las ciudades. También ha abordado sus principales desafíos, especialmente la transformación digital y la actualización tecnológica.

Entre otros retos de la Medicina rural, la SEMG ha recalcado la necesidad de incorporar tecnologías avanzadas para mejorar la eficacia y la accesibilidad de la atención médica en la España no urbana. Precisamente, este ha sido el tema central del simposio ‘Habilidades de vanguardia en la Medicina rural: navegando por los desafíos del siglo XXI’.

Los ponentes de esta mesa han hablado de las innovaciones y las estrategias que los médicos rurales ya están adoptando en la actualidad. Asimismo, se han expuesto las dificultades actuales para incorporar tecnologías emergentes, el uso de la telemedicina, la gestión de recursos limitados y la importancia de la formación continuada.

En este ámbito, Pilar Rodríguez Ledo, presidenta de SEMG, ha recordado su etapa laboral como médico en un pueblo de Lugo: “Trabajé durante 17 años en la zona más rural de Galicia, sin género de dudas, y la demostración está en que cuatro OPE después, la plaza siguió sin cubrirse”. Según ha relatado, el centro de salud estaba a 100 km de su vivienda (“otros 100 km de vuelta”), a 90 minutos del hospital más cercano y a tres cuartos de hora de la ambulancia más próxima.

“Tenía que cambiar las cuatro ruedas del coche cada tres meses, con un sueldo un poquito inferior al que se cobra en una zona urbana más cómodamente”, ha con-

tado como anécdota significativa. “Me hice una experta en poner cadenas para circular en zonas de alta montaña durante el invierno, pero se supone que esta no es la labor de un médico”, ha añadido.

El médico rural, además, “no se limita a tener una consulta, sino que su trabajo va más allá y se dirige a la comunidad”. “Hemos pasado una pandemia causada por una enfermedad comunitaria, y todavía estamos sufriendo las secuelas. Esto requiere actuaciones comunitarias, y el entorno rural es imprescindible para llevarlas a cabo. La idea es que los médicos y los profesionales sanitarios nos dirijamos a la salud, y no a la enfermedad”.

“Si nos enfocamos en la enfermedad es que ya hemos llegado tarde. Debemos dirigirnos a los estilos de vida saludable, a la promoción de la salud y a la prevención de riesgos”, ha añadido la presidenta. “Y, desde luego, cuando llega la enfermedad también debemos atenderla”, ha apuntado.

“No queremos perder todos estos valores que representa la Medicina rural, y que, algunas veces, sí se están perdiendo en el entorno urbano, debido a las agendas, la falta de recursos humanos, etc.”, ha lamentado Pilar Rodríguez Ledo.

Inteligencia Artificial

“Tampoco queremos que la IA nos sustituya”, ha declarado la presidenta, si bien ha reconocido que esta herramienta permite al médico mantener valores relacionados con el paciente, como la empatía y el cuidado sociosanitario. “Recordemos que somos médicos de Medicina familiar y comunitaria”, ha incidido.

Por su lado, Carlos Durán, responsable del Grupo de Trabajo de Salud Digital de la SEMG, ha afirmado que herramientas

como la telemedicina y la Inteligencia Artificial están cambiando la forma en la que se atiende a los pacientes. “La IA es una herramienta poderosa que tiene el potencial de transformar la atención médica para mejor. Es importante continuar investigando y desarrollando aplicaciones de IA responsables y éticas que beneficien a todos los pacientes”.

En este sentido, SEMG colabora con empresas como Siemens Healthineers para desarrollar aplicaciones y sistemas que faciliten la labor del médico y la atención del paciente, especialmente en el ámbito rural. “Precisamente en el medio rural es donde más necesitamos esta tecnología para acercarnos a la población a través de la monitorización”, ha señalado Carlos Durán.

Entre otros beneficios de la IA, el responsable del Grupo de Trabajo de Salud Digital ha apuntado la precisión diagnóstica, los tratamientos personalizados, el apoyo a la toma de decisiones asistenciales, la gestión de procesos y la optimización de recursos sanitarios.

SEMG confía en que la IA permita reducir costes, mejorar la eficiencia y conseguir una atención más sostenible. “La transformación digital mediante herramientas de Inteligencia Artificial, siempre con criterios estrictos de ética y seguridad, responde al compromiso con la innovación y mejora continua que persigue nuestra sociedad médica”.

Solución Atención Primaria Digital

La Solución Atención Primaria Digital propuesta por Siemens Healthineers estaría compuesta por dispositivos de monitorización para el seguimiento de enfermedades crónicas. A través de esta tecnología, se podría realizar una atención sanitaria centrada en la Medicina

preventiva, predictiva, personalizada y participativa.

Además, la compañía tecnológica ha diseñado un 'orquestrador de IA' con el que se procesa y analiza grandes cantidades de datos médicos, como historias clínicas electrónicas, imágenes médicas, información genética y literatura clínica, entre otros repositorios de información. A partir de estos datos recopilados, se puede extraer información relevante y patrones de conjuntos de datos complejos, según ha informado la empresa.

Homenaje y reconocimiento

Este impulso tecnológico por parte de SEMG pretende facilitar la labor del médico rural. Rodríguez Ledo ha reconocido que desde las sociedades científicas probablemente tampoco se ha ofrecido todo el apoyo necesario a la Medicina rural. Por ello, ha querido que el 30º Congreso de la SEMG sirva de reconocimiento a la labor de estos profesionales. "Para enmendarlo, el Congreso de A Coruña ha sido un homenaje al trabajo diario del médico rural. Queremos que el resto de profesionales conozca una actividad que te hace sentir médico de verdad".

Esta declaración de intenciones se desarrollará en "una línea estratégica durante los próximos cuatro años", según ha anunciado la presidenta de SEMG. Aparte de la visibilidad, también se reforzará la formación y las actividades enfocadas en la ruralidad. Protagonismo especial cobrará el empleo de los recursos tecnológicos, como la ecografía clínica, la dermatoscopia o la cirugía menor.

Vocación y responsabilidad

"El médico rural está en contacto con sus pacientes, atiende sus necesidades y procura resolver sus problemas de salud", ha enumerado la presidenta, que ha añadido: "Encarna el espíritu de la Medicina en su forma más pura, la de servir y cuidar en

"Las Palmas 2025 presentará muchas novedades"

Finalizado el 30º Congreso Anual de la SEMG, Pilar Rodríguez Ledo ha hecho un balance muy positivo de las jornadas para la revista EL MÉDICO, tanto por la asistencia presencial y virtual de congresistas como por la calidad de las ponencias.

Una de las actividades precongresuales destacadas por la presidenta ha sido un encuentro entre representantes de la SEMG y portavoces de otras sociedades científicas. En las conclusiones, los participantes han apuntado la necesidad de renovar estas entidades e, incluso, se han anunciado novedades para el próximo Congreso Nacional de la SEMG, que se celebrará en junio de 2025 en Las Palmas de Gran Canaria.

"La colaboración es la mejor de las herramientas", ha dicho Rodríguez Ledo. "Tenemos que empezar a hablar de equipos y de necesidades no resueltas de pacientes, de salud inteligente y de continuidad de cuidados como la bandera que nos haga solucionar los problemas de salud y de enfermedad de nuestra población".

Modelo de congreso

Los representantes de las sociedades científicas reunidos en A Coruña también han abordado el modelo actual de los grandes congresos, como el de la SEMG. Según la presidenta, en Las Palmas 2025 "habrá muchas novedades".

La presidenta quiere exponer un modelo de Congreso en el que se hable de "una salud inteligente". Así, la idea es plantear un modelo de proximidad, de abordaje holístico, de atención personalizada. "Debemos tratar a la persona con una visión integral, en su contexto social y familiar. Tenemos que trabajar en nuevos conceptos de asistencia que den respuesta a las necesidades de todos los agentes", ha añadido.

En definitiva, se trata de pasar a "un modelo basado en la cultura de organización, de equipo y de enfoque global hacia el paciente".

cualquier circunstancia. Su trabajo es un testimonio de vocación y de profundo sentido de responsabilidad hacia los demás. La Medicina rural es, ante todo, una manifestación del derecho fundamental a la salud".

Como aspectos negativos, ha resaltado que en este entorno, "el profesional se siente muy solo", con "falta de reconocimiento" y con "problemas de conciliación".

Respecto a la falta de médicos que quieren ocupar plazas rurales, ha dicho que "la solución no existe, existen las soluciones". "Se trata de un problema complejo que re-

quiere diversas intervenciones, como el reconocimiento. Los médicos están denostados, tienen que pagar de su bolsillo gastos relacionados con el trabajo, les puntúan lo mismo en la carrera profesional y tienen los mismos días de permiso, a pesar del tiempo extra de desplazamiento, por ejemplo".

Una de las "soluciones" aportadas por la presidenta ha apuntado a las Administraciones Públicas y la necesidad de reestructurar la distribución de los centros de salud. "El reparto actual responde a los criterios de hace 20, 25 y 30 años, pero las necesidades de la población son diferen-



REPORTAJE

SEMG aborda los desafíos tecnológicos de la Medicina rural

tes, al igual que las carreteras. Debemos tener en cuenta los recursos humanos disponibles, y los médicos tenemos que hacer de médicos, y no de transportistas o de burócratas”.

Ha hablado también de recursos económicos, y no solo para pagar a los médicos, sino para poder ofrecer a la población la mejor asistencia posible. “Todos nos tenemos que esforzar, desde los ayuntamientos hasta las diputaciones, las consejerías, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, etc.”.

Beca de Medicina Rural Aomega-SEMG

En el Congreso de A Coruña se ha entregado la 3ª Beca de Medicina Rural, convocada por la Asociación de Médicos Gallegos (Aomega) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), con el apoyo de Menarini y el aval del Servicio Galego de Saúde (Sergas).

Los trabajos premiados han sido ‘Estudio de la concordancia entre ecografía clínica realizada en Atención Primaria y ecografía reglada para el diagnóstico de masas renales en pacientes con hematuria’, presentado por Marta Calvo Seoane, y el ‘Proyecto de potenciación del Museo do Médico Rural de Maceda’, presentado por José Manuel Lage Parente.

Precisamente este Museo ha tenido representación en el Palacio de Exposiciones y Congresos de A Coruña, donde los congresistas han podido visitar una pequeña muestra de la exposición del Museo del Médico Rural, que en la actualidad se encuentra en la localidad ourensana de Maceda.

La muestra ha incluido una colección de instrumentos médicos, documentos históricos y fotografías representativas de la labor realizada por los médicos rurales en diversas épocas.

En el acto de entrega de las becas, Keith Albert Foo, presidente de SEMG Galicia y

responsable del Grupo de Trabajo de Medicina rural de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha comentado que el médico de pueblo “se enfrenta a innumerables desafíos logísticos, geográficos y, a menudo, climáticos, con una fortaleza y compromiso que van más allá de lo común”.

Datos de España

La SEMG ha calculado que en España hay, actualmente, entre 11.000 y 15.000 médi-

cos rurales, de los que unos 4.500 se jubilarán en los próximos cinco años.

Según una encuesta del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CG-COM), el 90 por ciento de los médicos rurales no percibe ningún incentivo por su trabajo, y el 88 por ciento paga sus desplazamientos, los coches, los seguros *in itinere*, etc.

El 60 por ciento de los médicos encuestados se trasladan a diario a sus puestos de

EL MÉDICO INTERACTIVO, en el Congreso de SEMG



EL MÉDICO INTERACTIVO, periódico pionero de publicaciones en edición digital para médicos, ha estado presente en el 30º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG) con un stand situado en el Palacio de Congresos de A Coruña. Durante los cuatro días del congreso, desde el stand se ha ofrecido información tanto de EL MÉDICO INTERACTIVO como de MEDSCAPE y UNIVADIS.

Como se recordará, Grupo SANED, que edita la revista EL MÉDICO además de EL MÉDICO INTERACTIVO, anunció en marzo de 2023 su incorporación a la compañía estadounidense WebMD Health Corp., empresa matriz de MEDSCAPE, para ofrecer sus servicios de comunicación, formación, investigación y consultoría.

Registro en EL MÉDICO INTERACTIVO

A través de un proceso sencillo, un gran número de congresistas se ha registrado de forma gratuita tanto en EL MÉDICO INTERACTIVO como en MEDSCAPE y UNIVADIS para estar informados de toda la actualidad sanitaria, y también de los temas formativos.

Además, con motivo del Congreso, EL MÉDICO INTERACTIVO ha sorteado un Apple iPad de 64 GB entre los lectores que se registraron durante los días del Congreso, resultando ganador Salvador Segura Serralta, vicepresidente del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca.



trabajo para desempeñar su labor. El 45 por ciento realiza más de 50 km. para acudir a diario a sus poblaciones de trabajo; el 25 por ciento, más de 100 km, y cerca del 5 por ciento recorre más de 200 km.

La edad media de los médicos rurales supera los 50 años; cerca del 30 por ciento tiene más de 60 años, y otro 30 por ciento está entre los 50 y 60 años. Los menores de 40 años suponen el 14 por ciento de los médicos rurales.

Falta de relevo generacional

En línea con lo manifestado por la presidenta, también Keith Albert Foo ha detectado como “retos” de la Medicina de familia en el ámbito rural “el envejecimiento poblacional, la gran dispersión geográfica, la percepción de aislamiento profesional y formativo, la escasa incorporación de nuevas tecnologías en los centros de salud rural, el poco reconocimiento, las condiciones laborales sin incentivos económicos y, el mayor escollo, la falta de relevo generacional”.

Como ha dicho, la Medicina rural es “la columna vertebral que sostiene las áreas más vulnerables”. Sin estos profesionales, ha añadido, “muchas comunidades quedarían desamparadas, expuestas a riesgos innecesarios y con un acceso reducido a servicios esenciales. En ocasiones, trabajan en condiciones adversas, con recursos limitados y en aislamiento profesional”.

Posibles soluciones

Una vez detectados los retos de la Medicina rural, SEMG ha expuesto más soluciones. Así, la presidenta Pilar Rodríguez Ledo ha considerado “esencial” que los centros de salud rurales estén bien equipados y cuenten con los recursos necesarios para proporcionar atención de calidad.

“Se debe invertir en la modernización de estos centros para que dispongan de tecnología médica avanzada y de suficiente personal de apoyo. Igualmente, es necesario fomentar el uso de estas tecnologías, proporcionar la infraestructura necesaria

y la capacitación adecuada para su implementación”.

En cuanto a las Administraciones Públicas, la presidenta ha reclamado que garanticen a los médicos rurales “acceso regular a programas de actualización y especialización, incluida la asistencia a congresos y cursos”. “Aparte de mejorar sus habilidades, el médico también reducirá la sensación de aislamiento profesional”.

Otros aspectos que se deben mejorar, a juicio de la presidenta, son la conciliación entre la vida laboral y personal. “Garantizar la estabilidad laboral a largo plazo también puede resultar un factor decisivo para la permanencia en un centro de salud y rural”.

Asimismo, ha pedido “reivindicar el prestigio y la conciencia de la Medicina rural, por ejemplo, mediante campañas educativas y de sensibilización que podrían ayudar a cambiar la percepción”. En este aspecto, ha sugerido ensalzar los beneficios y las satisfacciones que proporciona trabajar en el entorno rural ■



La **educación**
médica
tiene que entender
lo **mejor posible**
la **realidad**
de **cada región**
del **mundo**

Ricardo León Bórquez

Presidente de la *World Federation for Medical Education*

Texto | Javier Granda Revilla

Fotos | *World Federation for Medical Education*



ENTREVISTA

Ricardo León Bórquez

“La educación médica tiene que entender lo mejor posible la realidad de cada región del mundo”

El profesor Ricardo León Bórquez es presidente de la *World Federation for Medical Education* (WFME). Comenzó a participar en esta institución en 2014 como representante regional del Continente Americano desde que fue presidente de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (PAFAMS). Es profesor de Medicina y exdecano de Medicina, y vicerrector de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Guadalajara (México). Asimismo, fue presidente de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). Ha impartido conferencias sobre educación médica en países de América del Norte, Caribe, América Latina, Europa y Asia. El pasado mes de julio fue nombrado Maestro de la Cátedra de Educación Médica de la Fundación Lilly-UCM.

¿Cómo ha cambiado la educación médica desde que comenzó a ejercer?

Desde que estudié en la facultad, el avance ha sido increíble: basta ver solo el conocimiento y la cantidad de información que salen cada día en los papers y documentos que se publican. Antes, se tardaba de cinco a siete años en traducir una edición inglesa al español. Ahora, lo hacen con una facilidad mucho mayor.

¿Qué papel cree que va a tener la inteligencia artificial?

Tenemos que empezar a desenmarañarlo y ver cómo vamos a trabajar con toda esta información en educación médica. Pero nos va a poder ayudar con los diferentes tratamientos, en el sentido de evitar problemas de duplicación de medicamentos y evitar efectos adversos.

¿Hay algo que no deba cambiar en educación médica?

El contacto del médico con el paciente. Eso no puede cambiar, es primordial. Y, en el momento que lo perdamos, cualquier robot podrá pasar consulta con los pacientes. Yo creo que cuando alguien se acerca a un médico, es porque quiere tener la certeza de sentir el calor que el médico debe proporcionar en esa interacción, con consejos y

apoyo. En estas épocas tan modernas, debemos dar mucho más énfasis a todos los aspectos de la bioética, con independencia de los avances, que van a seguir de forma imprecionante gracias a la tecnología.

¿Algún elemento educativo que destaque?

Ahora hay muchas maneras de que el alumno asimile las materias, antes era más complicado y precisaba mucho tiempo. Por ejemplo, ahora los videos facilitan los conocimientos y permiten comprender rápidamente cómo se comporta un músculo y antes tardábamos una hora de clase en explicarlo. Los avances seguirán, pero no olvidarse la calidad del médico -con todos los aspectos bioéticos que deben existir- y la calidez con la que debe tratar a sus pacientes.

¿En qué se parecen y en qué se distinguen los estudiantes de Medicina?

Cada cultura es distinta, con escuelas de Medicina en contextos diferentes. En América Latina y Centroamérica tenemos ciertas similitudes, pero he visto que en otras partes del mundo, la forma de enseñanza y los recursos son muy diferentes, como en África o el sudeste asiático. El mundo

es complejo, pero lo tenemos que aceptar tal y como es y no podemos tratar de forzar un criterio.

¿Cómo trabajan en la WFME?

Con estándares. Los que hemos hecho los hemos ido modificando basados en principios, para que sean estos los que sean adaptados o adoptados en cada país a las singularidades de cada concepto. Los que tratamos de regular la educación tenemos que entender lo mejor posible la realidad de cada región del mundo y analizar sus sistemas de salud, la diversidad de enfermedades, los recursos disponibles en los centros de salud...

¿Qué objetivos tiene como presidente?

El principal es asegurarme de que las facultades de Medicina del mundo estén al máximo nivel posible para que eduquen adecuadamente a los médicos. El propósito primario es que la educación de los médicos del mundo sea la mejor posible para dar el mejor servicio y atención a las poblaciones de sus países, no para la fuga de cerebros.

Vamos hacia mejores tratamientos, con una Medicina Personalizada. ¿Cómo superar el reto de que lleguen a todos los pacientes?

A través de la mejora de la calidad de la educación médica en todo el mundo y de la enseñanza a los estudiantes de los últimos avances. Así es, por ejemplo, como la WFME puede contribuir a que la atención personalizada sea un concepto más extendido. Y más si podemos involucrar a la genómica. Lo ideal es que, a futuro, sea una situación estándar y todos los pacientes tengan acceso, especialmente los de edad avanzada.



¿Algún otro reto?

Creo que la figura del médico debe salir de su nicho y ser algo parecido a un director de orquesta, que armoniza a los diferentes especialistas en torno al paciente para que trabajen de manera coordinada. Tenemos que insistir sobre esto en las facultades de Medicina y en las diferentes especialidades.

Acaban de reconocerle como Maestro de la Cátedra de Educación Médica de la

Fundación Lilly-UCM. ¿Qué supone este nombramiento para usted?

Un gran honor, nunca pensé que iba a tenerlo. Es algo que queda muy dentro de mi corazón.

¿Cuáles son las actividades más destacadas que va a celebrar la WFME próximamente?

El año que viene, del 25 al 28 de mayo, vamos a celebrar una conferencia mundial de

Educación Médica en Bangkok. Va a ser una oportunidad fantástica de revisar todos los aspectos relativos a este campo en el pregrado y en el posgrado y el desarrollo profesional continuo. Porque estamos trabajando en el reconocimiento, en 2026, de la educación médica de posgrado y del desarrollo profesional continuo. El objetivo es tener la mejor calidad posible de la educación desde que el estudiante entra en la facultad hasta que cuelga el estetoscopio y se retira. Y estamos invitando a pacientes a que acudan, tenemos que escucharlos también ■



La **Sanidad**
pública
es el eje
vertebrador
de **España**
y de **su Estado**
de **bienestar**

Miguel Lázaro

Presidente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

Texto | Nekane Lauzirika

Foto | CESM



ENTREVISTA Miguel Lázaro

“La Sanidad pública es el eje vertebrador de España y de su Estado de bienestar”

“La Sanidad pública es el eje vertebrador de España y del estado de bienestar”, afirma el nuevo presidente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Miguel Lázaro, cuya candidatura ganó las elecciones celebradas en el seno del XIV Congreso Confederal celebrado en Murcia a finales de mayo. En la entrevista concedida a EL MÉDICO, este psiquiatra de Teruel afincado en Palma de Mallorca desde hace más de tres décadas donde ejerce su especialidad en el Hospital Universitario de Son Espases, demuestra que a sus 66 años no ha perdido un ápice de su vocación sindicalista, la que le llevó a liderar durante 11 años el Sindicato Médico de Baleares (SIMEBAL).

¿Qué aspectos singulares aportó su candidatura para resultar ganadora?

Creo que el colectivo médico, los 165.000 médicos de la Sanidad pública, aunque no todos, tienen una actitud un tanto quejorréica, nos han funcionarizado y hemos perdido nuestra marca de médico humanista. La vocación sindicalista y reivindicativa está ahí y hay que potenciarla. Por otra parte, sigo viendo y viviendo los retos que la Sanidad pública tiene y, sobre todo, cómo el médico está siendo maltratado por la Administración. El tercer elemento es que la candidatura está integrada por un equipo muy potente; conocemos muy bien lo que es sufrir el déficit de médicos porque lo padecemos de cerca en Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla... y lo afrontamos con coraje y serenidad. Es un equipo cohesionado y con una clara hoja de ruta.

¿Hay escasez de médicos o es una muleta instalada en el discurso?

Cualquier ciudadano de cualquier pueblo sabe que escasean los médicos. Hablo de Baleares porque lo conozco de cerca; hay un déficit importante que se agudiza sobre todo en verano, porque los médicos tienen derecho y necesitan coger vacaciones. Pero el problema es global en toda España, aunque en Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla lo vivimos de forma más acuciante. En Atención Primaria (AP) las listas de espe-

ra se incrementan y las cifras de pacientes que ven los médicos de AP no favorecen la humanización del quehacer asistencial. Esto es un riesgo para la relación médico-paciente, que es fundamental. Por supuesto que faltan médicos. Se calcula que entre 16.000/18.000 médicos se han ido de España, éxodo médico que en cualquier país generaría alarma social. A lo que se suma que no ha habido, ni hay, una operación retorno que se tendría que haber iniciado ya. Estamos descapitalizándonos en médicos bien formados, al tiempo que importamos médicos de países en desarrollo, cuya formación a veces no coincide con la nuestra ni nuestras necesidades; algo se hace mal. No solo faltan médicos en AP, sino también en otras especialidades como Psiquiatría o Psicología clínica, porque la salud mental es la cenicienta. Es curioso, los políticos siempre hablan de su importancia, pero a la hora de los presupuestos no son nada coherentes con esa preocupación que expresan.

¿Cómo se solucionaría ese déficit?

En España no hay un registro médico; es increíble que no exista. Mientras el Consejo Interterritorial se dedica al cainismo político, no hay un registro único de médicos. En pleno siglo XXI es una irresponsabilidad por parte del Gobierno central. La pregunta clave es por qué se van los médicos que formamos; con que no se fueran ya nos bastaría como solu-

ción, pero se está permitiendo su marcha. Además, no hay registro ni planificación de registros humanos; a esto se suma que hay muchos médicos en vías de jubilación, a lo que se suma una mala gestión. Esto es función del Gobierno central y debe hacérselo mirar, porque tiene que ejercer una labor importante que no hace. Insisto, la Sanidad pública es el eje vertebrador del Estado y ha de funcionar con equidad en los servicios con una tarjeta sanitaria de máxima interoperatividad, una actuación que tiene que liderar el gobierno central.

¿Nadie se pregunta por qué se marchan?

Los médicos que formamos nos cuestan 300.000 euros cada año, por lo que debemos preguntarnos cuáles son las razones. Habrá razones particulares, pero muchas de las razones de este autoexilio médico tienen que ver con la mala organización administrativa y la nula incentivación retributiva. Por ejemplo, siendo los médicos de familia el pilar fundamental de sanidad, solo un tercio de ellos se quedan en los centros de salud. Nadie se pregunta por qué ocurre eso en una especialidad clave en el servicio sanitario español. Y es un problema global, faltan médicos en la España rural y también en la España saturada.

¿Así que habrá que empezar parando el autoexilio médico?

Es lo primero que hay que plantearse para luego organizar una operación retorno. Muchas encuestas nos dicen que el 50 por ciento de los médicos volverían, pero habría que ofrecerles condiciones laborales y retributivas dignas. Los médicos en España es un colectivo maltratado, aunque en Europa seamos los líderes de la asistencia sanitaria, que se explica porque, a veces, el médico tiene una actitud quejo-

rréica, sumisa y con el síndrome de Estocolmo. Desde el 2010 hasta ahora la paga extra del médico ha sido jibarizada alrededor del 40 por ciento, de modo que la gente joven no va a dar su salud a una organización que los maltrata. Desde la Confederación denunciarnos que el suelo base de un médico cuando empieza sea de 1.200 euros aproximadamente y por eso le pedimos a la ministra que haya una recalificación, teniendo en cuenta nuestros méritos, porque hay un maltrato laboral y salarial objetivo. Ante este hecho nuestra candidatura ha dicho basta, y vamos a afrontarlo primero de forma dialéctica y, si no hay solución, de forma confrontativa.

En la opinión pública puede calar la idea de que sus reclamaciones son solo cuestión salarial, ¿pero van más allá?

Primero reclamamos lo que se nos debe: la paga extra del año 2010 y el cómputo de las guardias que lleva toda la vida pendiente. A veces los ciudadanos piensan que los médicos por vocación tienen que hacer muchas cosas, claro que sí, pero el médico vive en una sociedad que se rige por necesidades económicas básicas. Nosotros queremos que esos agravios sean resueltos porque nos lo merecemos. La ciudadanía ve las consultas sobrecargadas y si en primaria hay deficiencias, el médico es el primero que da la cara. De modo que tenemos reivindicaciones retributivas, claro que sí, y es una de las causas por la que se van médicos de España, porque fuera cobran el doble o el triple. A lo que se suma que allí respetan sus horarios, pueden conciliar la vida laboral y familiar y están mejor considerados. Nosotros no nos sentimos respetados, no por el ciudadano, que sí nos valora, sino por la Administración. Además, queremos un Estatuto Marco que recoja la singularidad laboral del médico, porque queremos hacer de médicos. No hablo de un colectivo elitista, pero somos el eje del estado de bienestar, y por nuestra autoestima tenemos que confrontarnos con la Administración.

¿Las demandas de la CESM son diferentes en AP que en los hospitales?

La más perentoria es el déficit de médicos de AP. Asistimos a una desafección de los médicos que aprueban el MIR, que dejan vacías las plazas de primaria, sin que esto genere alarma al Gobierno central. No se hace caso a las sociedades científicas ni al foro de la profesión médica. No se están proponiendo estrategias para dignificar la primaria y darle el valor que tiene, algo que pasa clarísimamente por mejores retribuciones, la estabilidad laboral, que la AP sea más resolutoria y que haya menos burocracia. Está claro que el líder del proceso asistencial es el médico y hay que trabajar para el médico de AP no vea más de 25 pacientes, que pueda hacer prevención, que tenga tiempo para formarse continua y adecuadamente.

¿Dignificar la AP reduciendo la sobrecarga y mejorando la capacidad retributiva necesitará un presupuesto más apropiado?

Sí, porque esto no se consigue sin presupuesto. De los fondos europeos que le llegan al Gobierno central tendría que poner al menos 10.000 millones para dar solvencia a la Sanidad pública, de los que la AP debiera llevarse una parte importante, al igual que la salud mental. Todos hablan de esto, pero ¿cuál es su presupuesto tangible? Hay que darle solvencia a la Sanidad pública, dicen, pero gastamos menos que la media del PIB. Hay inercia y dejadez por parte de la Administración, porque el diagnóstico está hecho; faltan médicos a todos los niveles, y si el trabajo sale adelante es por el esfuerzo de los profesionales. Ha sido Europa la que ha obligado al Estado a realizar OPE para que no se maltrate al profesional, que es clave. Mientras, ¿la secta gerencial de qué se ha ocupado? Han permitido que se hayan jubilado médicos encadenando contratos temporales y ha tenido que ser Europa quien nos diga y denuncie que no puede haber esa altísima temporalidad en Sanidad. El rastro y el agravio de su ausencia de

planificación nos lo hemos tragado. En este aspecto, siendo la salud laboral un elemento fundamental, nuestra candidatura será muy confrontativa para que las administraciones cumplan la ley laboral; no vamos a pasar ni una y denunciaremos la sobrecarga laboral, que es lo que hace enfermar al médico.

¿Qué proponen desde CESM para que el tránsito AP-hospitales sea más fácil, tanto para el paciente como para el médico?

En primer término, mejorar la coordinación, tiene que haber más médicos de familia; eso de entrada. Además, es importante que los médicos no tengan que hacer labores burocráticas y, en tercer lugar, que se incentiven las funciones telemáticas, que el especialista pueda tutorizar al médico de AP. Tendría que haber interconsultas de especialistas con diversos pacientes; es una labor que forma a los médicos de AP, que son excelentes, pero necesitan ese contacto con el especialista, porque si la primaria no respira bien, la hospitalaria coge una neumonía. En resumen, hay que reconocer más el valor de la primaria. Por otra parte, muchas veces los especialistas de hospitales no han pasado por los centros de salud y deberían incidir para que a la AP se la dote de mayor resolución.

¿Qué objetivos se plantea y cómo será su relación con el Ministerio?

Primero hay que reconocer que la CESM de los últimos cuatro años ha hecho una labor magnífica. El Ministerio nos invisibiliza de alguna forma al no darnos el espacio debido a una Confederación de Sindicatos que representa a los médicos en su totalidad. Así que nuestra labor será reivindicativa, pero muy colaborativa. En el Estatuto Marco es fundamental la negociación, para la que tenemos grupos de médicos que quieren y pueden aportar mucho participando en los debates sanitarios claves. Estamos en el foro de la Sanidad pública y tenemos mucho que decir en ella ■





FUE NOTICIA

La actualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

30 de mayo



La Atención Primaria es el motor de la cobertura sanitaria universal. De las doce propuestas, Marciano Sánchez Bayle, portavoz de Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, ha descrito las cinco primeras, que se centran en garantizar los valores principales con el refuerzo del Modelo de Atención Primaria y

Comunitaria con la implicación internacional de la ONU, UNICEF y UE. La Atención Primaria es el motor programático para lograr una cobertura sanitaria universal, los ODS relacionados con la salud y la seguridad sanitaria. Además, apuestan por, tal y como ha detallado Sánchez Bayle, aumentar el presupuesto sanitario público hasta superar la media europea, con 7 por ciento del PIB y convertir la Atención Primaria y Comunitaria en el eje vertebrador del SNS, con una cartera de servicios actualizada, bien dotada y con unos presupuestos que lleguen al 25 por ciento del total del presupuesto ■

5 de junio

Críticas cruzadas en el CISNS monográfico sobre la AP en verano. La ministra de Sanidad, Mónica García, ha asegurado que “da por hecho” que “ninguna comunidad” va a “saltarse la ley” con los residentes de último año durante este verano, ya que Sanidad “no va a avalar ninguna medida que

choque con la formación de los profesionales, con los planes formativos y con la legalidad vigente”, como conclusión al último CISNS monográfico sobre AP. Así se ha expresado García en declaraciones a los medios al término de la reunión extraordinaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Si bien estaba previsto que fuera telemática, Madrid, Aragón y Castilla y León, gobernadas por el PP, han acudido a la cita presencialmente. Según García, algunas CC.AA. habían propuesto medidas que se salían de los límites de la legalidad, tales como que estos residentes pudieran estar “solos” ejerciendo las competencias de un adjunto ■



6 de junio

La OMC presenta un registro de agresiones a la profesión médica. Con el objetivo de recabar datos más precisos que permitan conocer todas las dimensiones de las agresiones a la profesión médica, la Organización Médica Colegial ha puesto en marcha un registro de agresiones. Se podrá acceder a este formulario en la página web del Consejo General de Médicos. Para acceder es necesario identificarse como médico/a, con el número de colegiado/a y el DNI, para que la encuesta solamente pueda ser realizada por profesionales. Una vez validado se accede al formulario de recogida de datos totalmente anonimizado. Este cuestionario consta de 16 preguntas que se completan en un tiempo inferior a dos minutos. El



secretario general de la OMC, José María Rodríguez, resalta la importancia de este tipo de acciones para “dar visibilidad a la auténtica realidad de esta lacra que desgraciadamente en vez de disminuir va en aumento, y que hemos observado que está aumentando a nivel mundial” ■



Neumólogos actualizan criterios en terapia sustitutiva con nicotina. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha analizado las principales novedades en el ámbito del tabaquismo, y, en concreto, ha actualizado criterios en relación con la terapia sustitutiva con nicotina (TSN). Con motivo del Día Mundial sin Tabaco, profesionales sanitarios de distintas sociedades científicas, asociaciones de pacientes, organizaciones contra el tabaquismo y responsables de Administraciones Públicas han hablado de prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en una jornada organizada con la colaboración de la compañía estadounidense Kenvue. En el encuentro ha intervenido Carlos Jiménez, expresidente de SEPAR y representante del Área de Tabaquismo de esta sociedad científica. En su ponencia, ha presentado la Monografía de la Terapia Sustitutiva con Nicotina, que se publicará en la Revista Prevención del Tabaquismo ■

9 de junio

El porcentaje de tecnología sanitaria pública innovadora aumenta hasta el 42 por ciento. La patronal Fenin ha presentado en julio los resultados del informe ‘Perfil Tecnológico Hospitalario: propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias’ y el impacto del plan INVEAT en el Sistema Nacional de Salud. El dato más destacado es que el 42 por ciento de los equipos son nuevos, frente al 35 por ciento de 2021, con un 25 por ciento de entre 5 y 10 años de antigüedad. Los equipos con más de 10 años se han reducido a un 25 por ciento, un porcentaje cercano a las recomendaciones internacionales. Carlos Sisternas, coordinador del Sector de Tecnologías



y Sistemas de Información de Fenin, ha destacado que esta es la séptima edición del informe, que comenzó a realizarse en 2009, y que incluye datos hasta el 31 de diciembre de 2023 procedentes tanto del sector público como del privado ■

10 de junio

¿Homologar a los médicos extracomunitarios es la mejor opción? La consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fátima Matute, ha instado al Ministerio de Sanidad, así como a la cartera de Educación, a homologar a los médicos extracomunitarios de manera extraordinaria. Todo para paliar la escasez de estos profesionales en los centros sanitarios en la época estival. “Como sabemos, hay una falta de profesionales sanitarios, no solo médicos, que no solo ocurre en época estival, aunque evidentemente es más acuciante, porque se juntan las vacaciones con las bajas no existentes. Nosotros, desde luego, en gestión, tenemos que reorganizar no solo servicios, sino agendas y profesionales”, ha explicado Matute. “Es una solución rápida que podemos dar”, ha insistido al respecto. Matute ha expuesto otras soluciones puestas en marcha por la Comunidad de Madrid. Así, ha destacado las 250 plazas destinadas a residentes que terminan en la especialidad de familia, así como su “fidelización” a través de contratos de larga duración, entre otras ■



La AEP defiende el modelo pediátrico español y reclama las subespecialidades.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) ha reivindicado el mantenimiento del modelo pediátrico español, con



pediatras en primera línea en Atención Primaria; asimismo, ha solicitado, una vez más, el reconocimiento de las subespecialidades pediátricas. Estas reclamaciones se han realizado con motivo del 70º Congreso Nacional de la AEP, celebrado en Córdoba. Juan José Díaz, presidente del Comité Científico Ejecutivo de los Congresos AEP, ha analizado para EL MÉDICO INTERACTIVO los principales retos en Pediatría, tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria. Entre otros, ha hablado de la presión asistencial y la formación de los residentes MIR. “La Asociación Española de Pediatría no es un sindicato, pero siempre pone el foco en los problemas que enfrentan los pediatras como colectivo”, ha indicado ■

12 de junio



La SEMG define “la línea roja” para que el residente de 4º curso pueda trabajar. Pilar Rodríguez Ledo, presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha analizado la posibilidad de que médicos residentes de 4º curso puedan trabajar de manera autónoma en el ámbito sanitario durante el verano. Esta propuesta la ha planteado, entre otros, Antonio Gómez Caamaño, conselleiro de Sanidade de Galicia. Según la presidenta, en primer lugar, “se debe respetar y defender los derechos de los residentes a su formación, que finaliza el 24 de septiembre”. En este ámbito, Rodríguez Ledo ha hablado de una serie de temas “que marcan la línea roja”. “Dentro de los deberes del médico residente está el compromiso institucional y el compromiso con la atención a los pacientes”. La presidenta de la SEMG participó en la presentación del 30º Congreso Nacional de la sociedad científica ■

14 de junio

El CISNS da a conocer el nombre de su nuevo vicepresidente.

La ministra de Sanidad, Mónica García, ha confirmado que el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Alejandro Vázquez Ramos, ha sido nombrado como vicepresidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), aunque ha destacado que sus funciones siempre dependerán de ella como titular del Ministerio. La ministra ha aclarado que “nunca se podrá celebrar un CISNS sin la presencia de su presidenta”. Así, las atribuciones del nuevo vicepresidente “pasan por sustituirme cuando tenga que salir un momento del CISNS para llamar por teléfono”, ha puesto como ejemplo García. “Siempre cumplirá las funciones delegadas por la presidenta”, ha añadido. De este modo, el consejero de CyL ocupará por primera vez este cargo, después de que los consejeros de Sanidad del PP lo propusieran en el orden del día del CISNS para evitar el “ninguneo” de García ■



19 de junio

Crisis de recursos humanos en la profesión médica europea.

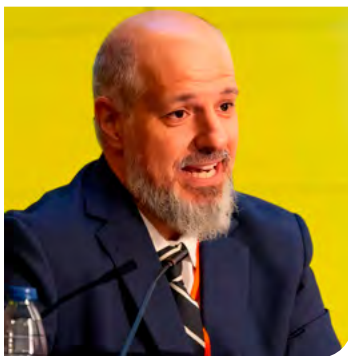
¿Cómo retener el talento? La sede de la Organización Médica Colegial ha presentado el Informe “De la obligación a la motivación”, un documento elaborado por la European Junior Doctors que gira en torno a la transformación de las prácticas de retención del talento médico en Europa y en España. Este informe, que da continuidad a los anteriores sobre desiertos médicos elaborados desde la Sección Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo y la EJD, analiza las políticas en salud para mitigar la desertificación médica en un contexto comunitario. Tras la especial relevancia de la situación por la que atraviesa la profesión, el documento aborda la creciente crisis de retención de médicos jóvenes en Europa, explorando los desafíos y estrategias actuales relacionadas con la misma. Así, el informe realiza una disección al problema que está viviendo actualmente con la carencia de profesionales médicos y con el que se pretende dar una visión de solución a través de los principales agentes ■



18 de junio

La Hematología española se reivindica en el mayor congreso europeo de la historia de la especialidad.

El pasado mes de junio se clausuró en la capital de España el mayor congreso de la historia de la Sociedad Europea de Hematología (EHA), con 18.000 inscritos. “15.000 de ellos han sido presenciales, lo que supone un récord en participación. También se han batido las marcas de trabajos, proyectos de investigación y comunicaciones. Y España ha tenido un papel relevante, con más de 1.600 inscritos, con más de 250 comunicaciones propias de hospitales y centros de investigación”, destaca Raúl Córdoba, miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y miembro de la junta directiva de EHA. De los trabajos presentados en la sesión plenaria, Córdoba recalca el centrado en mieloma múltiple en el que incluyó el nuevo anticuerpo monoclonal isatuximab, que mejora los resultados en pacientes de edad avanzada que no son candidatos a recibir un trasplante de médula ósea ■



24 de junio



Nuevo récord en la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha acordado la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) para la convocatoria 2024-2025. En concreto, la misma, formada por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas ha aprobado un incremento de plazas del 2,9 por ciento, respecto al año anterior. Se trata de un total de un total de 11.943 plazas de Formación Sanitaria Especializada. De las mismas, 9.007 para la titulación de Medicina (MIR); 2.171 para Enfermería (EIR); 352 para Farmacia (FIR); y 274 para Psicología (PIR). La prueba de acceso para las diferentes titulaciones tendrá lugar el 25 de enero de 2025, siguiendo el cronograma habitual de las pruebas, lo que facilitará la incorporación a la Formación Sanitaria Especializada (FSE) de los nuevos egresados de las Facultades, lo más pronto posible ■

28 de junio

Los nuevos datos de empleo del sector farmacéutico destacan la presencia de la mujer y los jóvenes en la industria.

El sector farmacéutico está en crecimiento constante. Así se desprende de la última encuesta realizada por Farmaindustria en la que se han alcanzado los 56.325 empleos directos en 2023. Los datos son contundentes y ofrecen un nuevo crecimiento en número de trabajadores y consolidación en el sector. Un modelo a seguir de empleo de calidad, igualitario y diverso, tal y como reza el lema del acto en el que se han presentado estos datos. Jesús Ponce, presidente de Farmaindustria, inauguró un acto en junio en el que los más jóvenes y el papel de la mujer en la industria cobraban especial relevancia. Así, Ponce quiso destacar al inicio de su intervención la sensación de privilegio, “privilegio por trabajar en un sector en el que somos personas que trabajamos para personas”, resaltaba durante su discurso ■



24 de julio



El Foro de la Profesión Médica exige que no se abran nuevas facultades de Medicina y reclama un registro de profesionales. Los representantes de las organizaciones que forman el Foro de la Profesión han abordado en julio los principales temas que marcarán los objetivos para el próximo curso. Entre otros, la demografía médica, el continuo formativo, la validación médica de la colegiación y recertificación, el problema de las agresiones, la situación de Atención Primaria, la salud de los médicos y los estudiantes de Medicina, la estabilidad laboral y la relación médico-paciente. En el acto han participado Tomás Cobo, como presidente del Foro; Víctor Pedrera, secretario del Foro; Javier García Alegría, presidente de FACME; Pablo Lara, presidente de la CNDFM; Laura Cortés, presidenta de CEEM; Miguel Lázaro, presidente de CESM, y Lucía Lara, vicepresidenta de Organización Territorial de CEEM. Pedrera ha destacado que este organismo “se debe potenciar en este momento de crisis, con la falta y fuga de médicos”, ha destacado ■

20 de agosto

Mpox: Ministerio y CC. AA. examinan la estrategia de vigilancia y vacunación.

El Ministerio de Sanidad reúne este martes a la ‘ponencia de alertas’ de la que forman parte representantes de todas las comunidades autónomas para debatir si se modifica alguna recomendación de vigilancia o vacunación tras la emergencia sanitaria declarada por el brote de mpox en África. Según el departamento que dirige Mónica García, en los últimos 10 días se han notificado cuatro casos nuevos de mpox en España, todos con el clado de la antigua variante, por lo que se elevan a un total de 268 en 2024. El Ministerio también se ha reunido con diversos organismos asociados (DGSPES, CCAES, ITS, vacunas, CNE, CNM) para poner en común y discutir las actuaciones oportunas tras la emergencia sanitaria internacional por el brote de mpox. El Ministerio ha decidido que no se implantarán restricciones de viaje ni control en frontera ■



21 de agosto

Cantabria ampliará la condición de ‘autoridad pública’ a todos los sanitarios.

Todo el personal sanitario de Cantabria contará con la condición de ‘autoridad pública’, que hasta ahora sólo tenían los médicos. Así se refleja en el borrador de la Ley de Simplificación Administrativa, que dará herramientas a los profesionales para “procurar el respeto que les es debido en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades para alcanzar una convivencia adecuada”, como ha apuntado César Pascual, consejero de Salud de Cantabria, durante su intervención en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander. De esta forma, con la condición de ‘autoridad pública’, la presunción de veracidad del personal sanitario reducirá los trámites administrativos ante una denuncia por agresión. Por su lado, Isabel Urrutia, consejera de Presidencia, ha avanzado que esta condición de ‘autoridad’ se aplicará de forma “inmediata” una vez se apruebe la Ley de Simplificación Administrativa ■



Cronología del 30 de mayo al 21 de agosto de 2024. Para ampliar informaciones, ver: www.elmedicointeractivo.com



La antánea médica

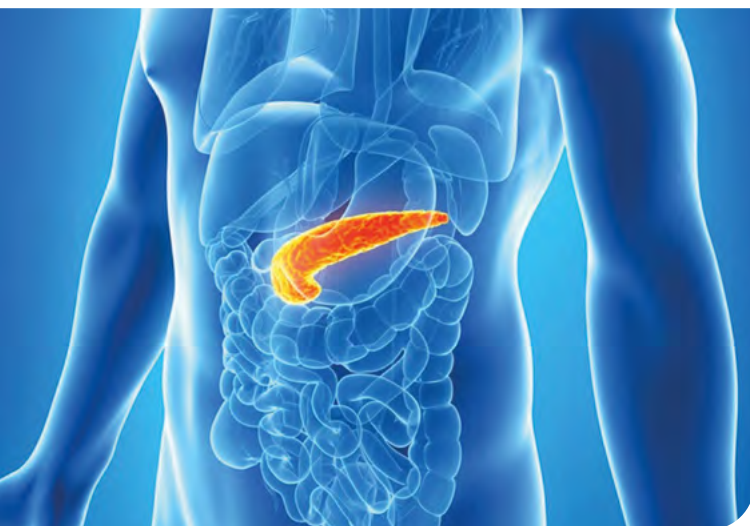


Inteligencia Artificial revoluciona las exploraciones cardíacas

Investigadores de las Universidades de East Anglia (UEA), Sheffield y Leeds han desarrollado un modelo de inteligencia artificial (IA) que transforma las exploraciones cardíacas mediante resonancia magnética. Publicado en *European Radiology Experimental*, el avance promete ahorrar tiempo y recursos, ofreciendo una atención más eficiente a los pacientes. El equipo, liderado por el Dr. Pankaj Garg de la UEA, ha creado una tecnología de imágenes en 4D que utiliza IA para analizar las vistas de “cuatro cámaras” del corazón. Esta técnica permite diagnósticos más rápidos y precisos de insuficiencia cardíaca y otras enfermedades. El Dr. Garg señala que el modelo de IA puede determinar el tamaño y la función de las cámaras cardíacas con precisión similar a la de los análisis manuales, pero en solo unos segundos en lugar de 45 minutos. La validación se realizó con datos de 814 pacientes de Sheffield y Leeds, y otros 101 del Hospital de Norfolk y Norwich. Esta innovación podría establecer un nuevo estándar en la evaluación de enfermedades cardíacas, optimizando diagnósticos y tratamientos ■



Descubren predictores de metástasis en cáncer de páncreas: un avance hacia tratamientos personalizados



Investigadores de *Weill Cornell Medicine* y un consorcio internacional han identificado marcadores celulares y moleculares en biopsias hepáticas que pueden predecir la propagación del cáncer de páncreas. Este avance, publicado en *Nature Medicine*, podría revolucionar el tratamiento personalizado de esta enfermedad. Analizando biopsias de 49 pacientes con cáncer de páncreas en estadio inicial y 19 sin cáncer, encontraron diferencias significativas. Los pacientes sin recidiva después de tres años presentaban hígados similares a los de individuos sanos, mientras que aquellos con metástasis tempranas mostraban abundantes trampas extracelulares de neutrófilos (NET). Estas NET, compuestas de ADN y enzimas de neutrófilos moribundos, son detectables mediante técnicas de imagen antes de la diseminación del cáncer, permitiendo una intervención temprana con inmunoterapias dirigidas. Además, el estudio identificó respuestas inmunitarias distintas en pacientes con metástasis hepáticas tardías y aquellos cuyo cáncer se diseminó a otros órganos, como el pulmón. Este descubrimiento promete mejorar la precisión en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de páncreas. Los investigadores planean validar estos hallazgos en una cohorte más amplia y explorar su aplicabilidad a otros tipos de cáncer, como el colorrectal ■

Tratamientos no invasivos para el dolor lumbar: Nuevas guías del colegio americano de médicos

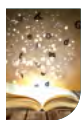
El Colegio Americano de Médicos (ACP) ha publicado una guía actualizada que ofrece recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento del dolor lumbar, una de las principales causas de visitas médicas en Estados Unidos. Esta guía, destinada a abordar el dolor lumbar agudo, subagudo y crónico, enfatiza el uso de tratamientos no invasivos y no farmacológicos como primera línea de acción. La revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados y estudios hasta 2015 sustenta estas recomendaciones, actualizadas hasta noviembre de 2016. Entre las opciones no farmacológicas para el dolor agudo y subagudo se incluyen el calor superficial, masajes, acupuntura y manipulación de la columna vertebral, respaldadas por evidencia de baja a moderada calidad. Para el dolor crónico, se destacan terapias como el ejercicio, rehabilitación multidisciplinaria, tai chi, yoga y terapia cognitivo-conductual, con evidencias de eficacia y seguridad. En casos de dolor crónico que no responden a tratamientos no farmacológicos, se sugieren antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como primera opción, reservando los opioides como última alternativa y bajo estricta supervisión médica. Esta guía integral tiene como objetivo mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, promoviendo tratamientos efectivos y seguros ■



Autoanticuerpos y susceptibilidad a infecciones virales: un hallazgo revelador



Un estudio reciente publicado en el *Journal of Experimental Medicine* ha identificado que aproximadamente el dos por ciento de la población desarrolla autoanticuerpos contra los interferones de tipo 1, aumentando su susceptibilidad a infecciones virales graves, como la COVID-19. Investigadores de la Universidad de Zúrich encontraron que estos autoanticuerpos, que comprometen la respuesta inmune innata al atacar los interferones tipo 1, son más prevalentes en personas mayores de 60 años. La presencia de estos autoanticuerpos dificulta la capacidad del sistema inmunológico para combatir virus, aumentando el riesgo de infecciones severas. Este descubrimiento resalta la necesidad de identificar y priorizar a las personas con esta deficiencia inmunológica para intervenciones preventivas, como la vacunación. Además, el estudio sugiere que la pérdida de autotolerancia podría estar relacionada con la exposición prolongada a niveles altos de interferones debido a otras infecciones, lo que desencadena una respuesta autoinmune. La investigación subraya la importancia de desarrollar pruebas diagnósticas para detectar estos autoanticuerpos, permitiendo intervenciones preventivas más efectivas y mejorando la gestión de enfermedades virales en poblaciones vulnerables ■



Descubrimiento revolucionario podría ralentizar el envejecimiento

Un equipo de investigadores de la Facultad de Medicina Duke-NUS en Singapur ha identificado la proteína interleucina-11 (IL11) como un promotor del envejecimiento,

abriendo nuevas posibilidades para terapias anti-envejecimiento. Publicado en *Nature*, el estudio demuestra que la IL11 contribuye a la acumulación de grasa y pérdida de masa muscular, características clave del envejecimiento. La terapia anti-IL11 desarrollada por el equipo ha mostrado ser efectiva en mejorar el metabolismo, transformando grasa blanca en grasa marrón y prolongando la esperanza de vida en modelos preclínicos hasta un 25 por ciento. A diferencia

de otros tratamientos, la terapia anti-IL11 actúa bloqueando múltiples mecanismos de señalización disfuncionales con la edad. Aunque enfrenta desafíos regulatorios y de financiamiento, este avance promete mejorar la calidad de vida en la vejez, ofreciendo una herramienta innovadora para combatir los efectos del envejecimiento y la multimorbilidad asociada. El equipo de Duke-NUS continúa trabajando para llevar esta terapia a ensayos clínicos, con la esperanza de que esté disponible globalmente en el futuro, revolucionando el enfoque hacia el tratamiento del envejecimiento ■



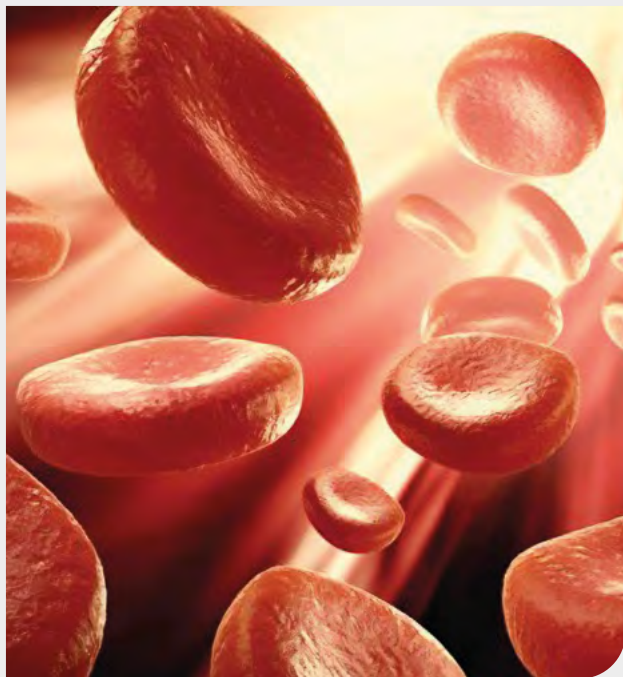
Prueba casera evalúa riesgo de ataque cardíaco en solo cinco minutos

Investigadores de la Universidad de Gotemburgo han desarrollado una prueba casera que, en pocos minutos, permite determinar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco, con una precisión comparable a la de exámenes clínicos tradicionales. Publicado en *Journal of the American Heart Association*, el estudio muestra que este cuestionario, que consta de 14 preguntas sobre factores de riesgo como edad, sexo, peso, tabaquismo e historial médico, puede identificar el 65 por ciento de las personas de entre 50 y 64 años con aterosclerosis coronaria significativa. La prueba ofrece una herramienta accesible y efectiva para la prevención de infartos, permitiendo una identificación temprana y una intervención preventiva en individuos con alto riesgo. Los datos de 25,000 participantes del proyecto 'SCAPIS' validaron



la precisión del cuestionario, demostrando su potencial para integrarse en la asistencia sanitaria y salvar vidas. Estudios adicionales en Suecia y Estados Unidos están en curso para evaluar su eficacia en diferentes poblaciones, con la esperanza de que esta prueba pueda ofrecer alertas tempranas y reducir significativamente la incidencia de ataques cardíacos ■

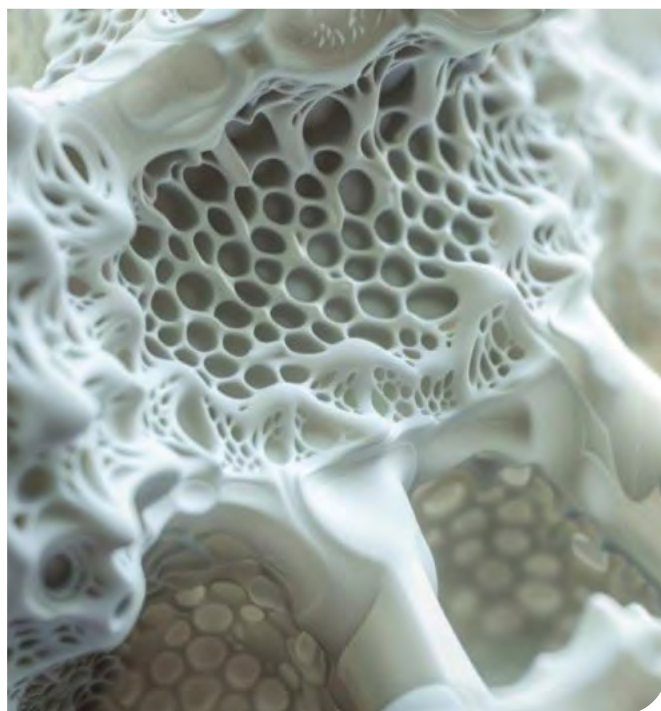
¿Es necesario mantener la doble antiagregación plaquetaria por 12 meses tras un síndrome coronario agudo?



Un reciente estudio publicado en *Circulation* cuestiona la duración estándar de la terapia antiagregante plaquetaria dual (DAPT) de 12 meses en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA). Basado en la revisión del ensayo CURE y otros estudios, se sugiere que la duración de la DAPT podría ajustarse según el riesgo de sangrado del paciente. Aunque el ensayo CURE recomendaba 12 meses de DAPT, la mediana de duración real fue de 9 meses. Estudios más recientes sugieren que una duración ajustada, más corta en pacientes con alto riesgo de sangrado o prolongada en aquellos con alto riesgo isquémico, podría ser más beneficiosa. Diversas estrategias de desescalada, como el cambio de fármacos o la reducción de dosis, han mostrado reducir el riesgo de sangrado sin aumentar eventos cardiovasculares. Esta revisión resalta la importancia de personalizar la duración de la DAPT basándose en el perfil de riesgo del paciente, sugiriendo que una reevaluación de la práctica estándar podría mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones asociadas con el tratamiento prolongado ■

Tratamiento farmacológico para la osteoporosis: nueva guía para prevenir fracturas

El *American College of Physicians* (ACP) ha actualizado sus recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la osteoporosis y la masa ósea baja, enfocándose en la prevención de fracturas en adultos. La nueva guía, basada en una revisión sistemática de la evidencia y publicada en *Annals of Internal Medicine*, sugiere el uso de bifosfonatos como tratamiento inicial en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis primaria, basándose en evidencia de alta certeza. Para hombres con osteoporosis primaria, se recomienda también el uso de bifosfonatos, aunque con evidencia de menor certeza. Como alternativa para pacientes intolerantes a los bifosfonatos, se sugiere denosumab. La guía también considera romosozumab y teriparatida para mujeres con alto riesgo de fracturas, recomendando un enfoque individualizado en mujeres mayores de 65 años con baja masa ósea. Estas recomendaciones, respaldadas por evidencia de certeza variable, buscan proporcionar a los médicos una base sólida para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de la osteoporosis, con el objetivo de reducir el riesgo de fracturas y mejorar los resultados clínicos en pacientes afectados ■



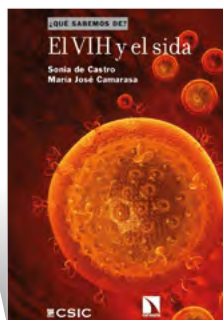


Inmunología

El VIH y el sida

Autoras: Sonia de Castro y María José Camarasa

Han transcurrido más de cuatro décadas desde que aparecieron los primeros casos de sida, una enfermedad que ha afectado a 84 millones de personas y ha causado más de 40 millones de muertes relacionadas con ella. A lo largo de este tiempo se han realizado múltiples avances que han permitido conocer su origen, modo de transmisión, diagnóstico, tratamiento, etc. Sin embargo, la enfermedad, a día de hoy, está aún lejos de una cura y sigue representando un grave problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo. El virus que la provoca, el VIH, ataca al sistema inmunitario, debilitándolo y permitiendo la aparición de las enfermedades oportunistas. Sin tratamiento, las personas infectadas fallecen en uno o dos años, pero con los tratamientos actuales pueden llevar una vida normal con esperanzas de vida similares a las no infectadas. Este libro hace un recorrido por el origen y la historia del virus, su propagación e identificación, y se centra en los tratamientos, pasados y actuales, así como en las nuevas investigaciones y vacunas que se están llevando a cabo para tratar de encontrar la cura definitiva ■

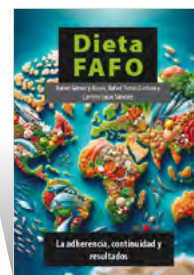


Endocrinología y nutrición

Dieta FAFO: adherencia, continuidad y resultados

Autores: Rafael Gómez y Blasco, Rafael Tomás Cardoso y Carmen Lucas Sánchez

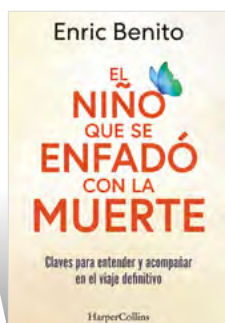
Según recientes estimaciones, más de 3.500 millones de personas viven con sobrepeso y obesidad y cerca de 1.000 se encuentran en desnutrición. Las consecuencias que suponen, desde el punto de vista de enfermedad y de mortalidad, son alarmantes en todos los países. Un grupo internacional de expertos está desarrollando y trabajando con las dietas flexibles, contextualizadas y de precisión, tipo FAFO (un acrónimo de Flexible and Friendly for the Overweight). Se trata de aportar soluciones nutricionales adaptadas a las necesidades de cada individuo, independientemente de su nivel adquisitivo y localización geográfica, y atendiendo a sus necesidades. Este libro pretende ejercer de guía básica sobre qué es la dieta FAFO y cómo implementarla. Es el producto del trabajo de investigación y clínico conjunto de los doctores autores de la publicación. Además, se incluyen propuestas de intervención, así como recomendaciones y orientaciones muy sencillas y útiles, incorporando varios anexos con herramientas y aplicaciones prácticas en la intervención FAFO ■



Paliativos

El niño que se enfadó con la muerte

Autor: Enric Benito



Morir bien es de vital importancia y la forma en que nos vamos deja un gran legado a los que se quedan. Acompañar a un ser querido en este «viaje» es una lección absolutamente transformadora. El niño que se enfadó con la muerte es fruto del conocimiento clínico de Enric Benito, un médico que tras una crisis existencial abandonó la Oncología para dedicarse a acompañar a enfermos y familiares en sus últimos días. Unas páginas llenas de experiencia y sabiduría sobre la parte más desconocida de la muerte, con historias auténticas y profundamente conmovedoras que nos enseñan a liberarnos del miedo que suscita lo desconocido para poder vivir con plenitud. A través de su obra, el autor rinde homenaje a todas las personas que se dedican a los cuidados paliativos en nuestra sociedad ■

riencia y sabiduría sobre la parte más desconocida de la muerte, con historias auténticas y profundamente conmovedoras que nos enseñan a liberarnos del miedo que suscita lo desconocido para poder vivir con plenitud. A través de su obra, el autor rinde homenaje a todas las personas que se dedican a los cuidados paliativos en nuestra sociedad ■

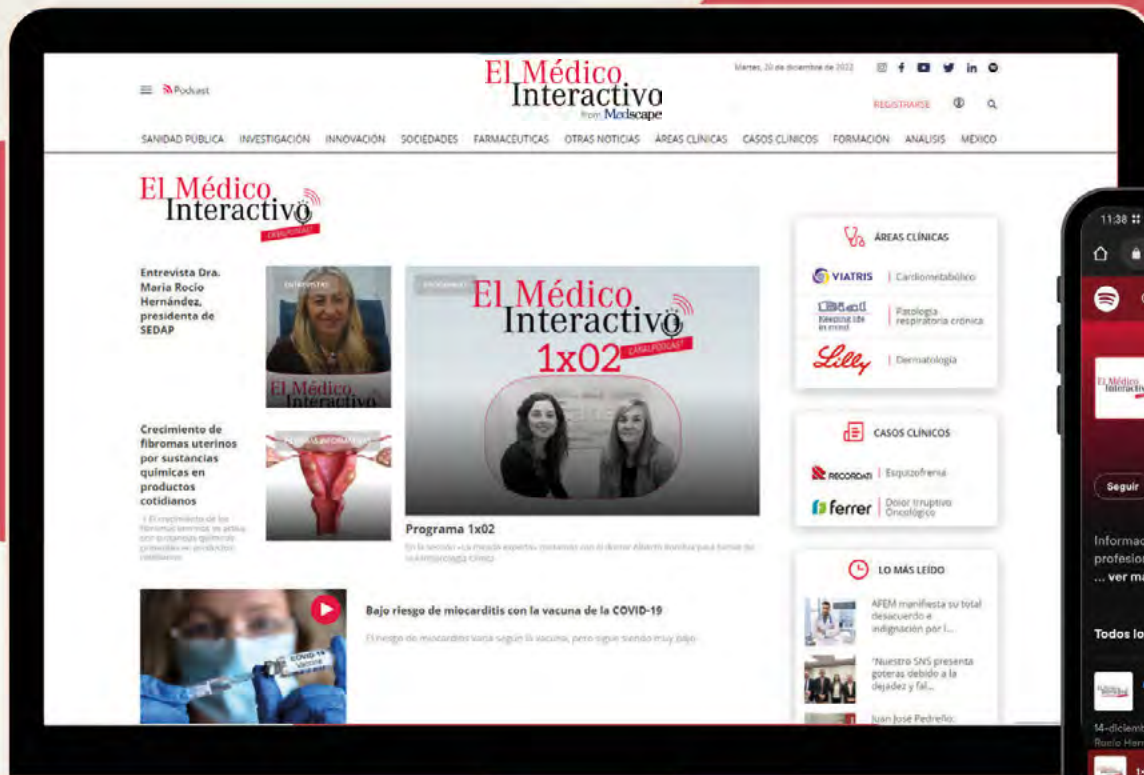
Fisioterapia

La salud a tus pies. Cómo cuidarlos y entrenarlos para evitar enfermedades y vivir sin dolor

Autor: Jesús Serrano

Los pies son una parte fundamental de nuestra salud y los responsables de muchas de las patologías que se ven en las consultas de Traumatología y Fisioterapia. Dolores de espalda, bruxismo, problemas de rodilla, posturales o deformaciones se deben a un incorrecto cuidado. En este libro el fisioterapeuta Jesús Serrano, que ha cambiado la vida de muchos de sus pacientes, desmonta mitos sobre estos grandes olvidados y propone un amplio abanico de hábitos saludables y ejercicios para entrenarlos con el sano propósito de prevenir enfermedades y mimar tanto el cuerpo como la mente a través de ellos. Se trata de un manual para mejorar la salud de los pies y, en consecuencia, la salud global ■





El Médico Interactivo

from Medscape

Canal de pódcast